This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

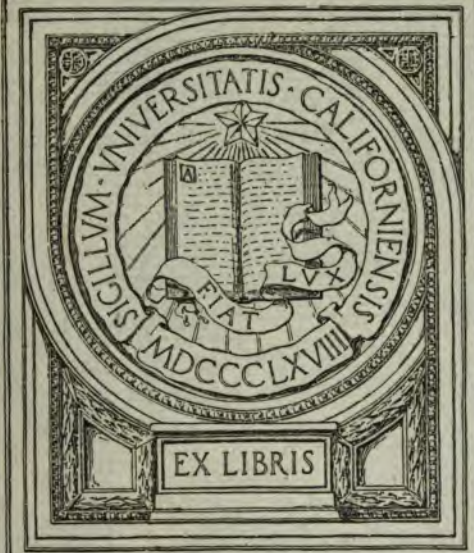
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

UC-NRLF
B 3 730 018

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. BABINSKI, BALLET, BAUDOIN (Marcel), BITOT (P.-A.), BLANCHARD, BLIN (E.), BLOCQ, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUSET, CATSARAS, CHARPENTIER, CHASLIN, CHRISTIAN, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DENY, DUTIL, DUVAL (Mathias), FERRIER, FRANCOTTE, GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, P. JANET, JOFFROY (A.), KERAVAL (P.), LANDOUZY, LEJARS, LONDE, MAGNAN, MARIE, MESNET, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, ONANOFF, PARINAUD, PILLIET, PIERRET, PITRES, POPOFF, QUÉNU, RAOULT. RAYMOND (F.), RÉGNARD(A.), REGNARD (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROTH (W.), ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SOLLIER, SOREL, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), WEILL, P. YVON.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT FILS** et **G. GUINON**

Dessinateur : **LEURA**

Tome XXIII. — 1892.

Avec 19 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1892

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

Vol. XXIII. Janvier 1892. N° 67.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE

ÉTUDE ANATOMIQUE SUR LES VAISSEAUX SANGUINS DES NERFS

Par MM. QUÉNU et LEJARS.

Jusqu'ici, l'histoire précise des vasa nervorum n'avait pas été faite. A part quelques artérioles, telles que l'artère du nerf médian, de plus gros calibre et de dissection plus aisée, on ne savait rien de l'irrigation sanguine du système nerveux périphérique, et jamais on n'avait recherché à quelles lois elle était soumise. « Les nerfs sont peu riches en vaisseaux, écrivait, en 1866, dans sa thèse d'agrégation, M. Tillaux[1], résumant les connaissances de l'époque; aussi résistent-ils fortement à l'inflammation. » Et encore : « Les nerfs reçoivent leurs vaisseaux des branches artérielles voisines, et si les troncs sont volumineux, une artère spéciale leur est destinée, ainsi que le médian, le sciatique, l'optique nous en offrent des exemples. Les artères s'épuisent dans le névrilemme et les cloisons intérieures qui en partent, elles forment un réseau de capillaires d'où naissent les veines. Celles-ci peuvent devenir vari-

[1] *Des affections chirurgicales des nerfs*. Th. agrég., 1866.

9004

queuses dans l'épaisseur des gros troncs nerveux, ainsi que Bichat l'a vu le premier sur le nerf sciatique, et que M. Verneuil[1] l'a signalé depuis Bichat. »

Plus récemment, M. Ranvier avait bien décrit, dans le sciatique du cobaye, le mode de ramescence et de terminaison des artérioles et des veinules.

Enfin la pathologie avait fourni son appoint, et toute une série de faits avaient laissé entrevoir quel rôle peut être dévolu aux vasa nervorum. En 1885, M. Otto Zuckerkandl[2], à propos de deux observations, analysait les conditions et les voies de la circulation collatérale, et faisait ressortir la part que doivent y prendre les vaisseaux des nerfs. Déjà, Hyrtl émettait l'opinion que la circulation collatérale ne se fait que peu par les artères musculaires, mais qu'elle prend surtout la voie des vasa nervorum. « Chaque nerf possède une artère propre, qui reçoit, de place en place, une série d'anastomoses des vaisseaux voisins : de là des voies collatérales toutes prêtes. » De son côté, Porta avait trouvé les vaisseaux des nerfs largement dilatés par le sang, dévié de sa route normale, et deux faits de Holl, un autre de Gruber, confirmèrent encore cette importance des vasa nervorum, lors d'oblitération d'une grosse artère. Aussi de ces observations et de son expérience propre, M. Zuckerkandl concluait-il que la circulation collatérale est assurée par une triple voie : par les artères musculaires, par les artères cutanées, par les vasa nervorum.

D'autre part, l'un de nous avait découvert et décrit

[1] Probablement dans ses cours, car nous n'avons rien trouvé dans les crits de M. Verneuil.

[2] *Medicin. Jahrb. Wien*,, 1885, p. 272.

les varices des nerfs et démontré quelle part leur revient dans la pathogénie des douleurs et des troubles trophiques qui compliquent si souvent les varices du membre inférieur; sur une série de coupes du sciatique, il avait fait voir la dilatation progressive et l'ectasie variqueuse des veinules inter-fasciculaires.

Il devenait donc d'un grand intérêt de soumettre à une étude complète les vaisseaux des nerfs chez l'homme. La méthode de la double injection successive nous permettrait d'obtenir, dans son intégralité, le système des vasa nervorum. Le sciatique, ainsi injecté, nous donna un premier aperçu de la richesse de cette circulation, et l'étude du pneumogastrique et du grand sympathique au cou nous en révéla la régularité. Ce sont ces traits essentiels et ces caractères généraux que nous avons cherché à mettre en lumière, en appuyant d'exemples et de figures tout ce que nous décrivions.

ARTÈRES DES NERFS. — La circulation artérielle des nerfs est à la fois très riche et très régulière; l'origine des vasa nervorum, leur mode d'incidence et de pénétration, leur division dans l'épaisseur du tronc nerveux, obéissent à certaines lois que l'on retrouve partout.

I. — Découvrez un nerf sous-cutané ou un nerf profond : vous ne pourrez le suivre sur un segment de quelque longueur, qu'il ne soit côtoyé par une artériole; plus loin celle-ci se bifurque pour s'unir en anse à une branchiole voisine, d'où une série d'arcades accolées au nerf et qui correspondent à la série des artérioles afférentes.

Cette disposition est frappante sur le plexus cervical superficiel, qui peut servir d'exemple. A côté des branches nerveuses on voit émerger de la région sous-musculaire et contourner le bord postérieur du sterno-mastoïdien un nombre égal de longs ramuscules artériels, qui adoptent et suivent fidèlement leur trajet. Sur un cou d'enfant injecté, il est curieux de suivre les minces filets rouges, qui soulignent chaque ramuscule nerveux. Aux membres, la répartition est la même : un nerf sous-cutané ne marche jamais sans une artériole satellite, et l'on peut tout aussi bien décrire l'artère du musculo-cutané ou du saphène interne que celle du médian ou du sciatique. Il y a plus : c'est autour des nerfs que se groupent les divisions principales du système artériel sous-cutané ; ils en constituent les grandes voies directrices en quelque sorte, ce qui revient à dire qu'ils représentent les grandes voies anastomotiques.

II. — Ce qui vient d'être dit des nerfs sous-cutanés s'applique de tout point aux *nerfs profonds* ; mais il faut préciser les sources de cette irrigation multiple. Or, à ce point de vue, on peut poser une double loi : 1° chaque tronc nerveux tire ses artères d'une origine constante ; 2° elles ne lui viennent jamais d'un seul tronc artériel, mais toujours de sources multiples.

Quelques exemples mettront en lumière cette double particularité.

Le pneumogastrique et le grand sympathique, au cou, et le récurrent nous fournissent d'abord un très bel exemple. Nous avons déjà étudié leur circulation artérielle et veineuse, dans une note que M. le professeur Verneuil nous fit l'honneur de présenter à l'Aca-

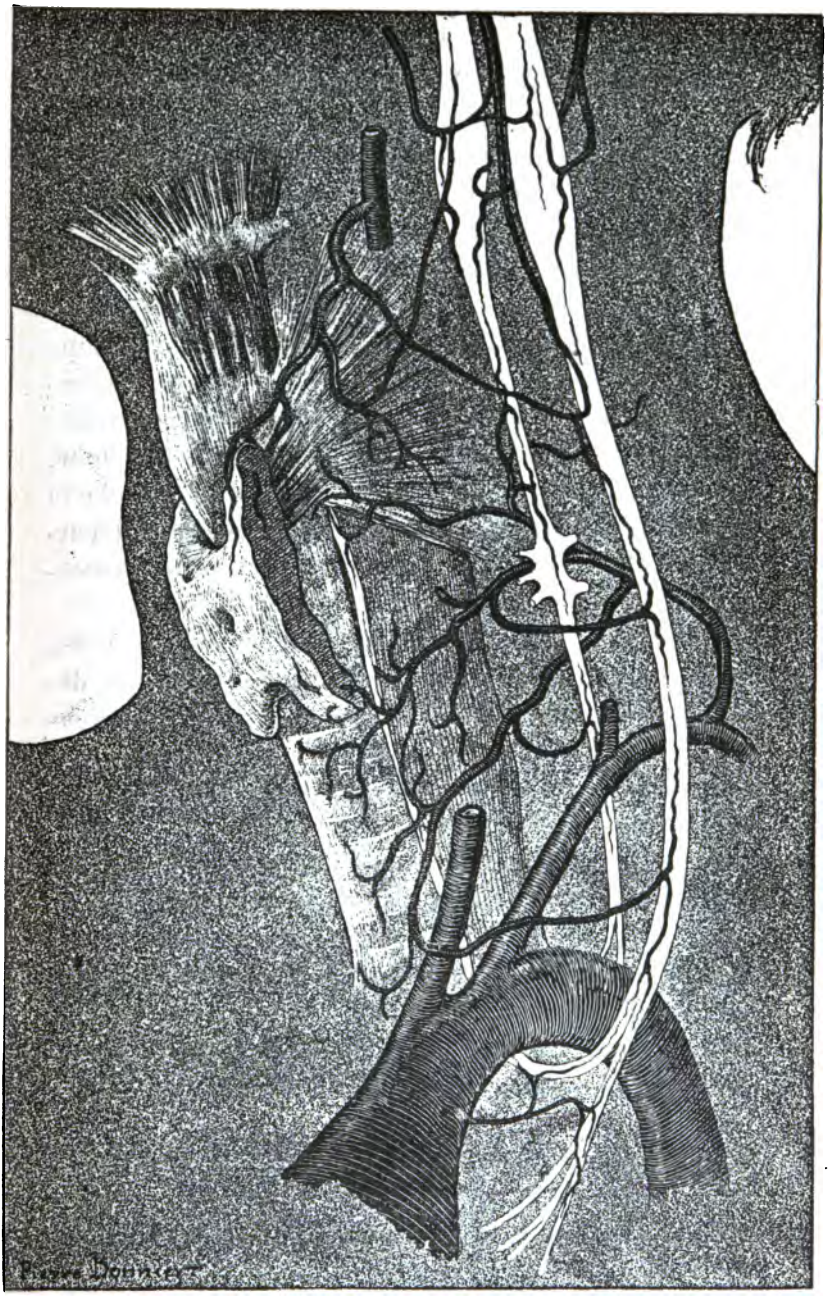


Fig. 1. — *Arteres des nerfs grand sympathique et pneumogastrique.*

démie des sciences l'an dernier. La figure I en dira plus, à elle seule, qu'une longue description.

L'artère thyroïdienne inférieure se détache de la sous-clavière et croise les deux nerfs sur leur face postérieure pour gagner le corps thyroïde. C'est à peu de distance de sa terminaison, que de ses branches irradiées émanent une série de ramuscules récurrents destinés au pneumogastrique et au sympathique : chacune de ces artérioles afférentes décrit donc une anse à convexité interne, et le sang que charrie la sous-clavière n'aborde les troncs nerveux qu'après un double détour. Poursuivant leur trajet, les dernières divisions de la thyroïdienne inférieure vont se jeter dans le nerf récurrent, qui reste lui aussi dans le même territoire vasculaire.

Plus haut, la thyroïdienne supérieure donne, à son tour, plusieurs branches au segment supérieur des deux nerfs, au ganglion cervical supérieur du sympathique et au plexus gangliforme : branches obliques en dehors, souvent incurvées en anse, et, pour quelques-unes, ascendantes. A leur extrémité supérieure, les deux ganglions recoivent des filets des pharyngiennes, et entre eux glisse toujours une longue artériole qui procède de l'une d'elles ; l'anastomose de ces rameaux formé à la surface des deux renflements un réseau à mailles serrées immédiatement appliqué au tissu nerveux et que recouvre, en dehors, le plexus veineux péri-ganglionnaire dont nous parlerons plus loin.

L'irrigation artérielle du récurrent du pneumogastrique et du sympathique, dans leur portion cervicale, est donc commune : elle est fournie par le système des

thyroïdiennes, et nous verrons quelles déductions pathologiques il est possible d'en tirer.

Prenons un autre exemple, le sciatique (*fig.* 2). L'ordonnance vasculaire est ici d'observation aisée : une dissection fort simple suffit à en rendre compte. Les longues arcades artérielles qui règnent sur tout le trajet du tronc nerveux et se continuent sur ses deux branches de bifurcation, naissent d'une série d'affluents, tous obliques en bas et en arrière, qui émanent de l'ischiatique et des perforantes. De la troisième perforante part un gros rameau, qui croise en avant le sciatique poplité externe, et descend entre les deux sciatiques poplités, en se distribuant à l'un et à l'autre ; ses terminaisons s'anastomosent avec les vasa nervorum artériels du tibial postérieur et du tibial antérieur, et ainsi se trouve constitué, le long du sciatique et de ses branches, une chaîne ininterrompue de la fesse à la jambe ; nul doute qu'elle ne soit utilisée par la circulation colla-

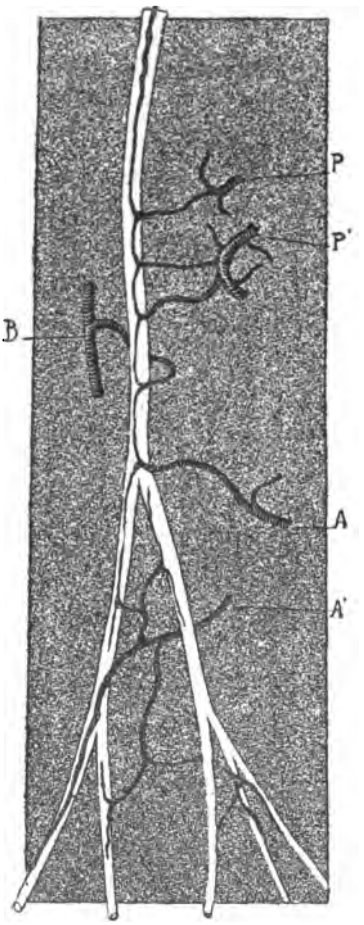


Fig. 2. — *Nerf sciatique.*

térale, dans les cas d'oblitération de la fémorale.

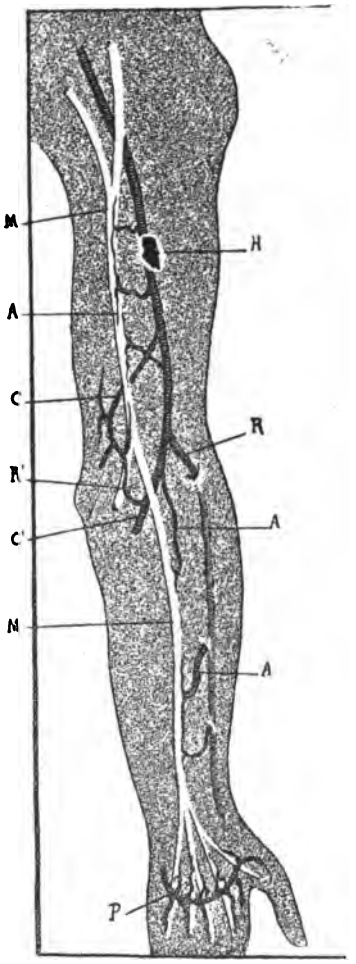


Fig. 3. — *Artères du nerf médian.*

M, médian. — H, artère humérale. — R, artère radiale. — C, artère collatérale intérieure. — C', artère cubitale. — R', récurrente cubitale antérieure. — P, arcade palmaire superficielle. — A, A, rameaux artériels destinés aux nerfs.

L'examen des autres nerfs témoigne du même fait, de la constance et de la multiplicité des affluents artériels. La *figure* 3 représente le médian sur tout son trajet, jusqu'à ses terminaisons palmaires : au bras, l'humérale qu'il accompagne en satellite lui abandonne une série de branches ; plus bas, c'est la collatérale interne et la récurrente cubitale antérieure qui lui donnent d'autres filets ; plus bas encore, à l'avant-bras, la longue artériole, qui est devenue classique sous le nom d'artère du nerf médian, se détache, d'ordinaire, de l'interosseuse antérieure et aborde le nerf dans le tiers supérieur de son segment antibrachial ; d'autres ramuscules lui viennent de l'artère radiale ; à la paume de la main, c'est l'arcade palmaire superficielle qui fournit un ramuscule as-

cendant à chacune de ses divisions terminales. En somme, il y a là autant de chaînons, qui créent, sur toute la longueur du nerf, une réelle continuité vasculaire.

Les plexus offrent une disposition du même genre : sur le plexus lombaire, par exemple (*fig.* 4), des

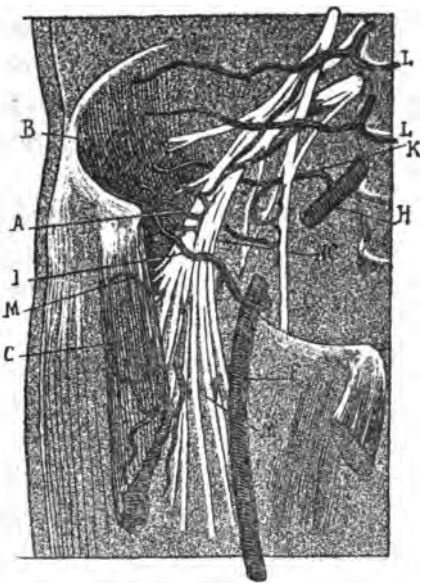


Fig. 4. — Artères du nerf crural.

M, nerf crural. — O, nerf obturateur. — F, artère fémorale. — C, couturier. — L, L, artères lombaires. — H, artère hypogastrique. — K, artère iléo-lombaire. — I, artère circonflexe iliaque. — M, petite musculaire supérieure. — M', grande musculaire supérieure.

rameaux des artères lombaires, de l'iléo-lombaire, de l'iliaque externe, dessinent une série d'anses entre les cordons nerveux, s'insinuent dans leurs interstices et jusque dans leur épaisseur, et constituent ainsi de multiples voies collatérales.

Ces faits anatomiques ont une double importance :

ils assurent l'irrigation artérielle des troncs nerveux par la multiplicité des sources et des voies d'apport; ils préparent les suppléances vasculaires et la circulation collatérale. On avait entrevu déjà, nous l'avons dit plus haut, ce rôle des vasa nervorum, mais il mérite mieux que le silence qui règne encore sur lui; et dans les cas d'oblitération des grosses artères, après une ligature, par exemple, il serait fort intéressant de rechercher les traces de cette circulation collatérale par voie nerveuse ou les signes cliniques qui pourraient la révéler. Mais, dans ce champ d'expériences, il y a encore tout à faire[1].

III. — Arrivons au mode d'incidence des vasa nervorum, à leur division intra-tronculaire; ici, les analogies deviendront très étroites avec la circulation artérielle des centres nerveux.

On sait que les artères cérébrales se coudent et s'infléchissent à plusieurs reprises, qu'elles rampent à la surface de l'organe, et que jamais une incidence perpendiculaire ne permet au flot sanguin de faire subir un choc direct à la masse encéphalique. Pour les nerfs, il en est de même : les précautions sont aussi bien prises. Lorsqu'un tronc nerveux reçoit ses artérioles d'une grosse artère dont il est satellite, les vaisseaux ne l'abordent jamais normalement à sa surface, ils pénètrent toujours dans son épaisseur sous une incidence plus ou moins oblique, après avoir dessiné des anses ou fourni un trajet récurrent. Les exemples ne manquent pas. Voyez le médian au bras (*fig.* 3), les branchioles qui lui viennent de l'humérale sont

[1] Peut-être est-ce là la cause des douleurs qu'on observe à la suite des oblitérations voulues ou accidentelles des grosses artères.

toutes ascendantes, et le courant sanguin doit se briser et remonter avant de se jeter dans le réseau artériel intra-nerveux ; à l'avant-bras, les artérioles deviennent descendantes et parallèles au tronc principal qui les donne, mais elles fournissent un long trajet, à la surface du nerf, avant de s'y engager, et, près de leur terminaison, elles se recourbent, elles aussi, avant de plonger dans le cordon nerveux.

Au cou, la direction des vasa nervorum artériels est encore plus frappante. N'avons-nous pas vu, sur la figure 1, que tous ils sont récurrents, qu'après s'être détachés des thyroïdiennes, ils doivent décrire un assez long trajet et se recourber en dehors pour gagner les troncs du pneumogastrique et du sympathique.

Trajet récurrent ou incidence oblique : voilà un premier caractère ; ce n'est pas tout. Une artériole ne plonge jamais d'emblée dans un tronc nerveux ; elle se divise et se bifurque, avant d'y pénétrer. La circulation des nerfs est essentiellement une circulation par grandes arcades anastomotiques. Au contact ou près du tronc nerveux, chaque rameau qui l'aborde se sépare en deux ramuscules largement divergents, qui, plus haut et plus bas, se relient en arcades aux ramuscules voisins : de là, une suite de chaînons, qui se continuent le long du nerf, en s'accolant à sa gaine externe.

De cette dichotomie en arcades, on retrouve plusieurs types : tantôt l'artériole se bifurque, à quelque distance du nerf, et les deux branches, s'écartant à angle aigu, le rejoignent un peu plus loin et s'appliquent à sa gaine, ailleurs, c'est au contact même du nerf, sur lui, que la séparation a lieu et que les deux

divisions s'écartent à angle presque droit; ou bien encore, le vaisseau afférent ne se dichotomise pas, il s'irradie en éventail, et, si les deux rameaux principaux suivent en long la face externe du nerf, d'autres branchioles le croisent obliquement, pour devenir le point de départ d'une autre série d'arcades.

Ainsi divisés, les vasa nervorum rampent à la surface du tronc nerveux, presque toujours parallèles à son grand axe, reliés pourtant par quelques rares anastomoses; ils se prolongent plus ou moins loin, suivant leur volume, et ce n'est qu'après s'être bifurqués encore, après avoir beaucoup perdu de leur calibre primitif, qu'ils traversent enfin la gaine fibreuse du nerf et se perdent dans son épaisseur. N'y a-t-il pas là une analogie étroite avec ce que l'on trouve à la surface de l'encéphale, et ce mode de division des vasa nervorum dans la gaine névrilemmatique externe ne rappelle-t-il pas les irradiations artérielles dans la pie-mère?

Il n'est pas rare, en examinant la surface d'un nerf, de voir une artériole d'assez gros calibre, après un court trajet, disparaître brusquement entre les faisceaux du nerf et s'y perdre, semble-t-il. La suit-on dans son trajet de pénétration, on constate sans peine qu'elle ne s'irradie pas, en conservant ce gros calibre, dans l'épaisseur du nerf : par le plus court chemin, elle gagne le centre, l'axe celluleux du nerf, et c'est là seulement qu'elle se dichotomise et qu'elle s'épuise en longues arcades, avant de s'insinuer entre les fascicules nerveux, de dedans en dehors, et de s'y terminer (*fig.* 5).

C'est, du reste, dans cet axe cellulo-graisseux du

nerf, dans les grands espaces du névrilemme interne, que l'on trouve le réseau de division des vasa nervorum. Il suffit d'inciser en long la gaine fibreuse d'un nerf et d'en dissocier les faisceaux, pour se rendre compte du fait : les artérioles afférentes pénètrent jusqu'à cette colonne celluleuse centrale, et là elles se divisent en grandes mailles, d'où émanent les divisions plus fines destinées aux fascicules eux-mêmes. Le nerf, imprégné de tissu cellulo-adipeux, est ainsi parsemé d'un riche réseau vasculaire et comme baigné dans le sang; aussi, quand la dérivation collatérale se porte sur un nerf, la congestion doit-

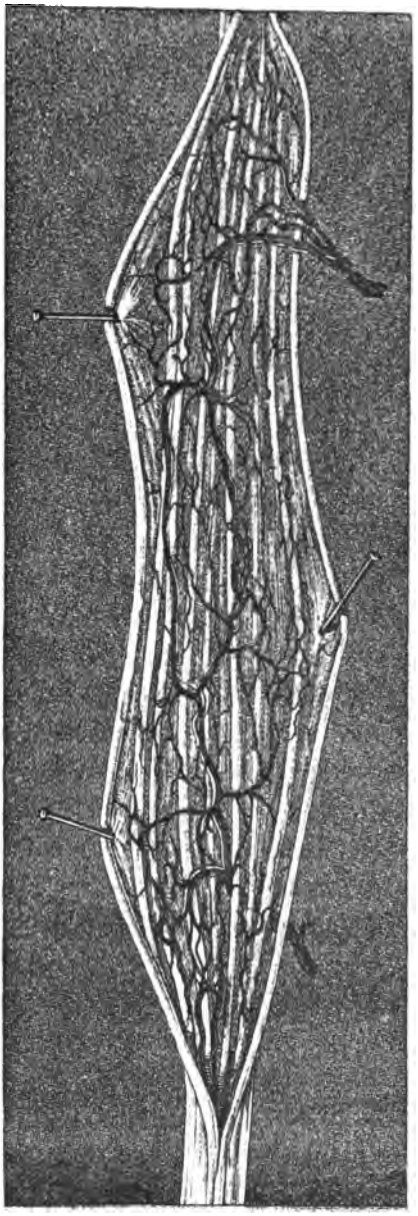


Fig. 5

Distribution artérielle inter-fasciculaire.

elle s'y faire vivement sentir et l'affecter tout entier. Il résulte de ces irradiations successives, et nous insistons sur ce fait, que les derniers ramuscules artériels n'abordent les troncules nerveux qu'à un état de finesse très grande, ce qui constitue une analogie de plus avec la circulation des centres nerveux.

Voici, en somme, résumés en quelques formules, les caractères principaux de la circulation artérielle des nerfs :

1° Les nerfs superficiels sont tous accompagnés, sur toute leur longueur, d'une artériole, qui leur reste accolée, et qui se prolonge grâce à une série d'arcades. Ils forment ainsi les principales voies directrices du système artériel sous-cutané ;

2° Chaque tronc nerveux reçoit ses artères d'origines constantes, et il en résulte souvent des connexions physiologiques ou morbides de grande importance (pneumogastrique et sympathique au cou) ;

3° Un tronc nerveux ne reçoit jamais toutes ses artères d'un seul tronc artériel : la multiplicité des voies d'apport prépare la multiplicité des suppléances ;

4° Toutes les conditions, qui, dans les centres nerveux, empêchent l'afflux direct et brusque du sang artériel, se retrouvent pour les nerfs.

a. — Quand un tronc nerveux reçoit ses artères du tronc artériel satellite, ces vaisseaux ne l'abordent jamais perpendiculairement, mais toujours suivant une incidence oblique, ou après avoir décrit un trajet récurrent ;

b. — Une artère ne plonge jamais d'emblée dans l'épaisseur d'un cordon nerveux ; elle se divise avant

d'y pénétrer, suivant l'un des modes que nous avons décrits ;

c. — Les branchioles, nées de cette bifurcation des artères afférentes, rampent à la surface du nerf, se prolongent plus ou moins loin, suivant leur volume, et ne plongent définitivement dans l'épaisseur du tronc nerveux, qu'après une nouvelle division et une nouvelle réduction de volume. Parfois, une artériole arrive relativement volumineuse, se perd brusquement dans le nerf après l'avoir suivi sur une certaine longueur ; mais il suffit de la suivre, pour constater qu'elle ne fait, en réalité, que traverser l'organe jusqu'à son centre, par le plus court chemin, et qu'une fois arrivée dans l'axe cellulo-graisseux du nerf, elle s'y ramifie, avant de s'immiscer et de finir entre les fascicules ;

d. — Dans l'épaisseur du nerf, les branchioles les plus grosses se trouvent, en effet, dans les grands espaces névrilemmatiques et les artérioles ne s'enroulent autour des fascicules qu'à un état de ténuité très grande.

Veines des nerfs. — Ce que nous venons de dire des dispositions et de l'ordonnance des vasa nervorum artériels s'applique de tout point aux vasa nervorum veineux : eux aussi se divisent en arcades, se prolongent en rampant à la surface du nerf, s'irradient en plexus dans son axe névrilemmatique ; d'ordinaire, on ne rencontre qu'une veinule par artériole. Mais leur étude anatomique exige de plus longs développements, et ici, une fois de plus, l'on reconnaîtra combien il est insuffisant d'écrire, comme on le fait partout, que les veines suivent le trajet des artères.

Nous étudierons successivement : 1° les veines des nerfs superficiels; 2° les veines des nerfs profonds : plexus, tissus nerveux satellites des gros vaisseaux, nerfs musculaires.

I. — Les nerfs superficiels sont presque tous accolés à une grosse veine du système sous-cutané, dont ils portent le nom et dont ils restent satellites sur tout leur parcours : tels la veine et le nerf saphènes internes, la veine et le nerf saphènes externes, le brachial cutané interne et la veine médiane basilique, etc. Les autres, le musculo-cutané, à la jambe, etc., suivent des branches veineuses de second ordre.

Les veines de ces nerfs superficiels devraient se jeter, semble-t-il, dans les grosses veines qu'ils accompagnent : il n'en est rien. *Les veines des nerfs superficiels se jettent constamment dans les veines profondes.* Ce fait inattendu, il est aisé de le vérifier dans toutes les régions, au cou, aux membres, etc. Nous prendrons pour types le saphène interne et le musculo-cutané à la jambe.

Le nerf saphène interne, dans sa portion jambière (*fig.* 6), devient sous-cutané à la hauteur du condyle interne du tibia, et presque aussitôt il s'unit à la veine saphène interne, qu'il suivra jusqu'au pied; en dépit de ces étroites connexions, le gros tronc veineux ne lui fournit aucune branche. Richement vascularisé, le saphène reçoit ses vaisseaux, en haut de la terminaison de la grande anastomotique, plus loin, de rameaux émanés des vaisseaux tibiaux postérieurs, et qui contournent le bord interne du tibia. L'artère grande anastomotique se prolonge derrière les tendons de la patte d'oie, en un long ramuscule qui suit le côté

interne du nerf, et que deux veinules accompagnent; ces veinules sont reliées à la saphène interne, très voisine, par quelques rares et fines anastomoses ; d'autre part, elles donnent au nerf jusqu'à quatre et cinq rameaux très peu distants, et qui s'insinuent en arcades dans son épaisseur. Plus bas il est aisé de retrouver la série des rameaux qui se détachent des vaisseaux tibiaux postérieurs, émergent de l'aponévrose le long du bord postérieur du tibia, glissent au-dessous du tronc de la saphène, en lui abandonnant une mince anastomose, et se bifurquent, pour plonger dans le nerf. La *figure* 6 représente très exactement ces dispositions constantes.

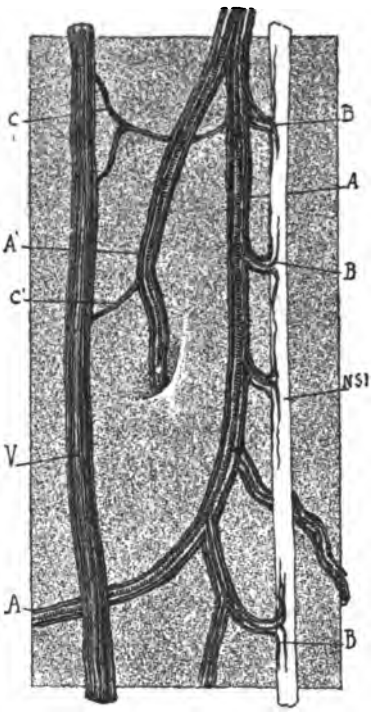


Fig. 6. — *Nerf saphène interne à la face interne du genou.*

NSI, nerf saphène. — A, grande anastomotique et veines qui l'accompagnent.— B, B, vaisseaux du nerf saphène interne. — C, C', anastomose des veines grandes, anastomotiques avec une branche voisine de la saphène interne V.

Sur l'autre face de la jambe, et au pied, le nerf musculo-cutané reproduit aussi fort nettement ce mode de circulation veineuse, et nulle description n'en saurait donner de meilleure idée que la *figure* 7, dessinée d'après nature. Le nerf est représenté près

du cou-de-pied, peu après sa division en deux bran-

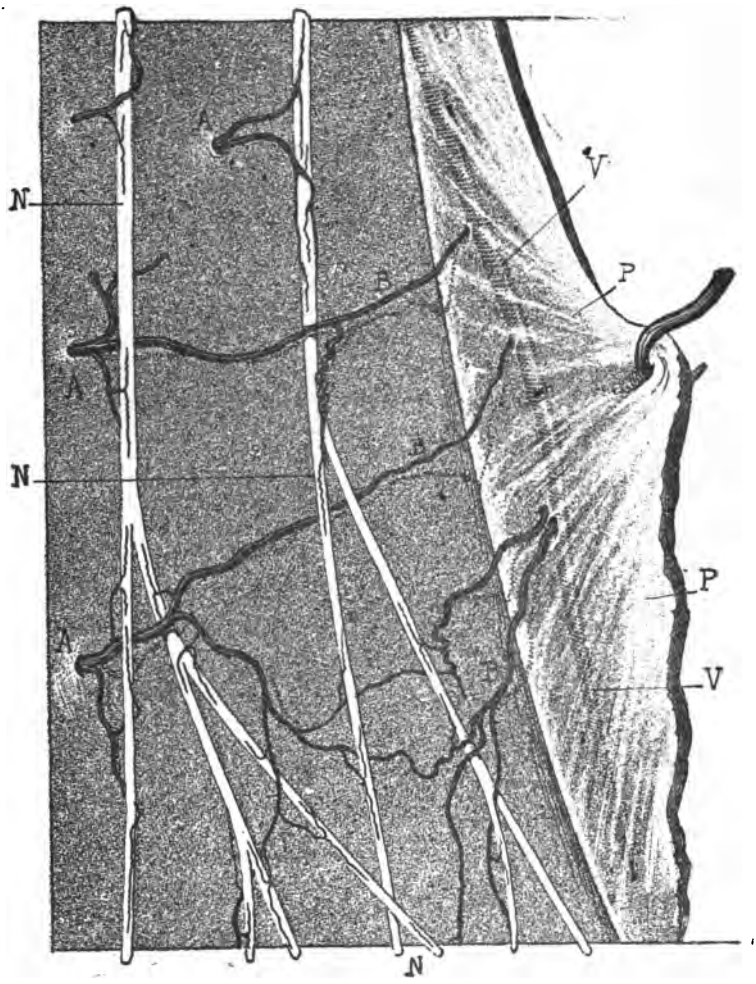


Fig. 7. — Nerf musculo-cutané à la jambe.

ches; disséquée et relevée, la peau laisse voir à sa face profonde une grosse veine superficielle, branche

de la saphène externe (VV). Les veinules qui émanent des deux nerfs, très nombreuses et très riches, se rendent toutes dans une série de veines perforantes (A. A. A.), qui traversent l'aponévrose jambière et aboutissent aux veines tibiales antérieures. Or, chacune de ces veines perforantes se relie par une anastomose (BBB) à la grosse veine sous-cutanée, branche de la saphène : telles sont les seules connexions du système veineux sous-cutané proprement dit avec le réseau veineux des nerfs ; aucun rameau direct ne s'étend des troncs veineux superficiels aux nerfs qui cheminent près d'eux. On retrouve encore cette disposition, très nette et très typique, sur la *figure* 8 qui montre une des branches du musculo-cutané, au pied ; aucune branchiole directe ne relie le nerf à la grosse veine sous-cutanée (V) qui le recouvre ; les vasa nervorum veineux aboutissent à un troncule qui perfore l'aponévrose et gagne la profondeur (V') ; c'est de lui que se détachent deux fines anasto-

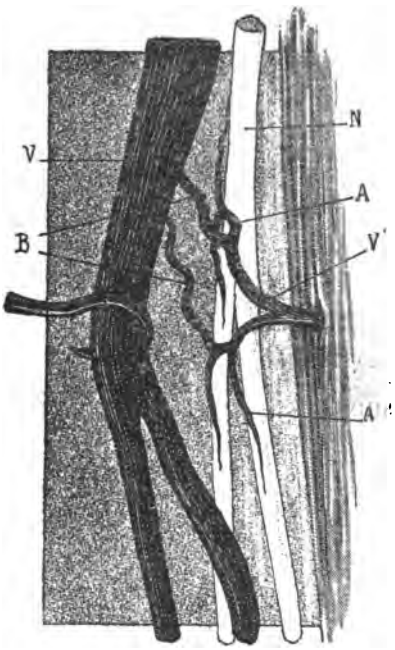


Fig. 8. — *Nerf musculo-cutané au pied.*

V, grosse veine sous-cutanée. — V', veines du nerf se rendant aux veines profondes. — N, branche du musculo-cutané. — B, fines anastomoses de la veine du nerf avec la grosse veine sous-cutanée.

moses (BB) destinées au tronc veineux superficiel voisin.

Il faudrait nous répéter, si nous voulions mettre en lumière les mêmes particularités dans toutes les régions ; mais il sera facile d'en vérifier l'exactitude. Au membre supérieur, le long du brachial cutané interne, le long du musculo-cutané, on voit émerger de l'aponévrose une série de veinules, ou plutôt de petits groupes artério-veineux, qui s'épanouissent, à leur sortie, en un bouquet de ramuscules ; de ceux-ci les plus gros plongent dans l'épaisseur des nerfs voisins, ou, pour mieux dire, se bifurquent à leur contact, et les suivent sur une longueur variable, avant d'y pénétrer ; les autres se perdent dans le réseau veineux sous-cutané et dans le derme ; quelques-uns, toujours grêles, poursuivent leur trajet jusqu'aux troncs veineux superficiels, et figurent autant d'anastomoses.

Ce mode de terminaison profonde des veines des nerfs superficiels constitue un fait tellement général, que, même aux doigts, les fines veinules qui émanent des nerfs collatéraux ne sont pas tributaires du riche plexus veineux sous-cutané ; elles se jettent dans les veines collatérales, veines d'ordinaire très petites et qu'on a souvent niées, mais qu'on retrouve constamment, après injection, à côté des artères collatérales (*fig.* 9).

Au cou, la veine jugulaire externe, qui longe ou croise en écharpe la plupart des branches du plexus cervical superficiel, ne reçoit pas non plus les veines qui en émanent. Très fines, mais très nombreuses, ces veinules, qu'une injection fine remplit seule, et qui se voient bien aussi, simplement injectées par le sang, sur les cadavres frais d'enfants, convergent vers le

bord postérieur du sterno-mastoïdien, et là, à la hauteur de sa partie moyenne, elles rejoignent, à travers l'aponévrose, les veines profondes tributaires des cervicales ascendantes.

La loi ne souffre donc pas d'exception : les veines des nerfs superficiels se jettent dans les veines profondes sous-aponévrotiques, et, nous pouvons ajouter dès maintenant, dans les veines qui sont immédiatement soumises à l'action musculaire : il ne sera pas difficile de faire ressortir l'importance physiologique d'un pareil fait. Sur les nerfs profonds, nous allons trouver des dispositions protectrices du même genre [1].

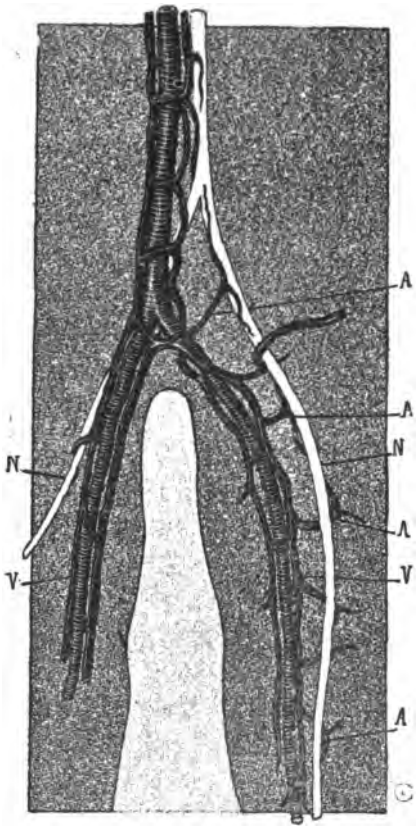


Fig. 9. — Nerfs collatéraux des doigts.

N, N, nerfs collatéraux. — V, V, vaisseaux collatéraux. — A, A, A, veines des nerfs collatéraux se jetant dans les veines collatérales.

[1] On peut supposer que primitivement, chez l'embryon, la distribution vasculaire des nerfs était tout autre, et que la facilité plus grande du courant sanguin vers les veines musculaires a déterminé l'atrophie des autres vaisseaux, de même que le développement de la deuxième circulation embryonnaire amène la disparition de la première.

II. — Prenons pour type, ici encore, le pneumogastrique et le grand sympathique, au cou (*fig.* 10).

Tous les deux ils sont accolés à la jugulaire interne : or des veinules qui rampent à leur surface ou qui s'anastomosent en arcades dans leur épaisseur, aucune n'aboutit à la jugulaire interne.

Il faut remarquer d'abord l'extrême abondance de ces vasa nervorum veineux : avec une masse bien pénétrante, il est assez facile de les injecter, car ils sont très peu valvulaires, comme toutes les veines du cou, et se laissent remplir par une injection rétrograde, poussée dans la jugulaire. — Sur une pièce bien réussie, on trouve le ganglion cervical supérieur et le plexus gangliforme du pneumogastrique couverts d'un réseau très serré, à mailles allongées, dont nous dirons dans un instant les terminaisons; plus bas, le long des deux cordons nerveux, ce sont de longues arcades, souvent doubles, qui se succèdent à courte distance : presque toutes ces branches sont communes aux deux nerfs, elles se divisent à la surface du premier d'entre eux, puis se prolongent jusqu'au second, pour s'y ramifier encore. — Où se terminent-elles?

Celles de la moitié inférieure des deux nerfs gagnent les veines thyroïdiennes inférieures, au niveau de leur portion coudée, mais un certain nombre se terminent aussi dans le réseau des vasa vasorum de la carotide primitive. Ce réseau péri-carotidien est d'une richesse inouïe; bien rempli, il dessine autour de l'artère un lacis de mailles des plus élégants; d'ordinaire, un ramuscule longitudinal chemine de chaque côté de l'artère, et reçoit toute la série de ces branchioles transversales; de loin en loin, il s'abouche par un

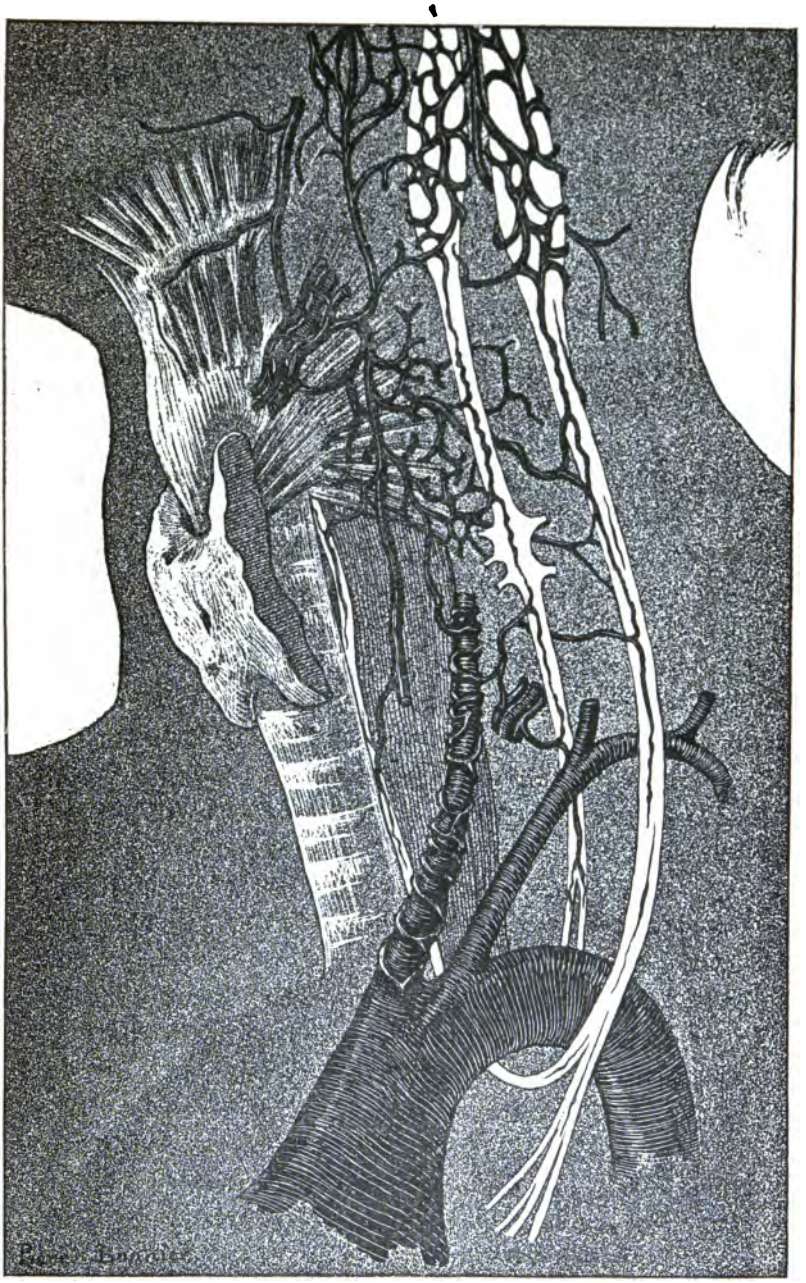


Fig. 10. — *Veines des nerfs grand sympathique et pneumogastrique.*

tibiales postérieures, encore accolées à l'un des muscles entre lesquels elles glissent. Les troncules veineux, qui émergent du nerf, ne se jettent pas d'emblée dans la veine tibiale postérieure; ils passent au-devant d'elle, au-devant de l'artère, et ils vont rejoindre les rameaux veineux d'origine musculaire. Et le fait se reproduit sur toute la longueur du tronc nerveux : c'est toujours par la voie d'un affluent musculaire que les veines d'origine nerveuse se rendent à la veine principale. Si, de loin en loin, quelques veinules échappent à la loi, et, directement, s'abouchent dans l'une des tibiales postérieures, c'est encore à la hauteur d'un affluent musculaire qu'elles l'abordent, et, par suite, elles bénéficient, comme nous le disons plus loin, de l'impulsion locale due à la contraction du muscle.

En réalité, il existe une association intime des veines des muscles et des veines des nerfs, et, dans la profondeur des membres, les unes et les autres se réunissent en une série de petits troncs, qu'on pourrait qualifier de veines névro-musculaires, et dont la *figure* 12 représente le type général. Sans insister longuement, cet appareil veineux devient aisé à comprendre, et l'on saisit bien comment l'expulsion musculaire, en accélérant le cours du sang dans le troncule commun, active aussi la circulation veineuse dans le nerf lui-même. Voilà donc un premier débouché, le plus important, ouvert aux veines des nerfs; il en est un second : les vasa vasorum de l'artère voisine.

La circulation des parois artérielles n'a été, semble-t-il, que peu étudiée; il existe là, pourtant, un système tout spécial, d'une richesse toujours extrême, et

qui n'est pas sans avoir son rôle pathologique. Une bonne injection dessine, autour des grosses artères, de l'humérale, de la fémorale, des carotides, un lacis à mailles étroites, surtout transversales, qui enserre

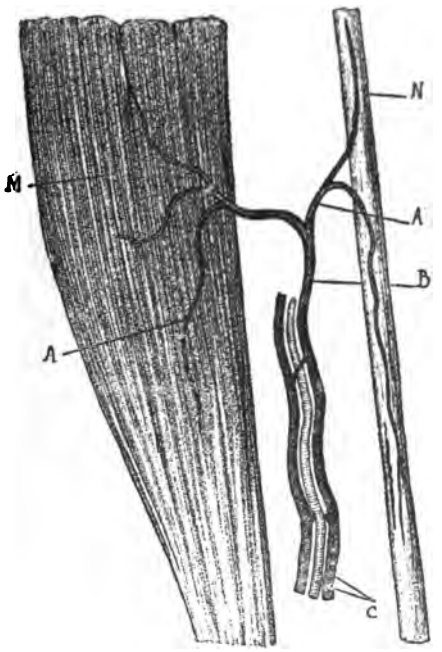


Fig. 12. — *Type semi-schématique d'une veine névro-musculaire.*

A, affluent musculaire. — A', affluent nerveux. — B, veine névro-musculaire naissant de la convergence de ces deux affluents. — C, artère profonde et ses deux veines, l'une reçoit la veine névro-musculaire. — M, muscle. — N, nerf.

le tube vasculaire et se loge dans sa tunique adventice. La double injection colorée permet de reconnaître, dans ce réseau, des artérioles et des veinules, celles-ci surtout sont abondantes. Sur les côtés de l'artère, on voit, de place en place, se détacher de petites branches, qui résument un territoire de vasa vasorum,

et, transversalement, se jettent dans l'une ou l'autre des deux veines satellites.

Or, c'est à ce rete péri-artériel que se rend une assez grande partie des veinules émanées du nerf voisin. La *figure* 13 montre ainsi le médian, au bras, émettant une série de ramuscules qui se jettent dans le réseau péri-huméral : de là naît une dépendance étroite entre la circulation du nerf et celle de l'artère elle-même. — Mais ce réseau veineux péri-artériel reçoit lui-même, le plus souvent, l'afflux des rameaux musculaires voisins ; nous n'en prendrons pour exemple que ce qui se passe dans le canal de Hunter (*fig.* 14). La fémorale, enlacée d'un riche réseau de vasa veinules, est côtoyée encore, sur sa face antérieure, par cette longue branche, à peu près constante, qu'on décrit sous le nom de canal collatéral. C'est à ce canal collatéral que se rendent les troncules terminaux du rete des vasa vasorum, et lui-même n'est, en réalité, qu'une veine musculaire ; il naît, en bas, dans l'épaisseur même du vaste interne, dont il se détache au

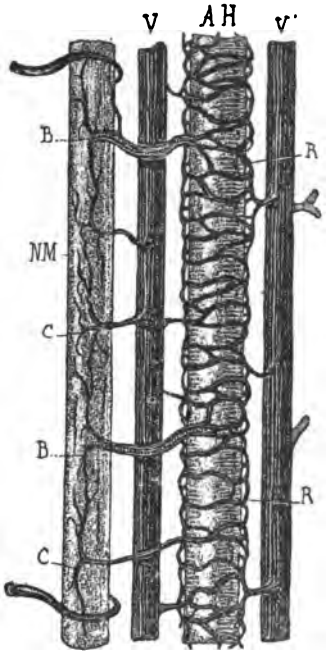


Fig. 13. — *Réseau de vasa vasorum de l'artère humérale (au bras) recevant les veines d'un tronc nerveux satellite (nerf médian).*

niveau de l'anneau, pour s'accoler à l'artère. A la même hauteur, le nerf saphène interne satellite de l'artère suit sa face externe, et les veinules qui en

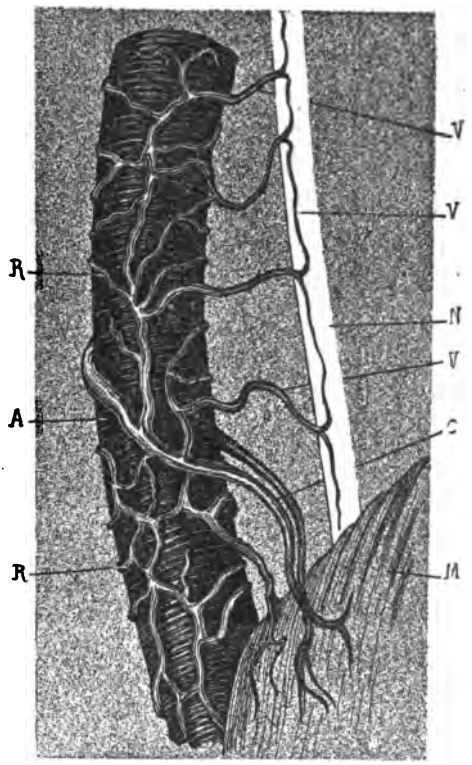


Fig. 14. — Nerf saphène interne au niveau du canal de Hunter.

N, nerf saphène interne. — M, muscle vaste interne. — A, artère fémorale. — R, réseau des vasa vasorum de l'artère. — V, V, veines du nerf se jetant dans le réseau des vasa vasorum. — C, origine du canal collatéral préfémoral, confluent des vasa vasorum, et qui naît dans l'épaisseur du vaste interne.

partent aboutissent au réseau des vasa vasorum, dont le canal collatéral est le centre et le confluent. L'influence musculaire intervient donc, ici encore, pour

actionner à la fois la circulation de la paroi artérielle et celle du nerf satellite.

Nous ne nous arrêterons pas sur les nerfs musculaires : les connexions de leurs vaisseaux avec ceux du muscle lui-même semblaient toutes naturelles, leurs veinules se jettent dans les veines du muscle ; ils en partagent toutes les conditions circulatoires.

Arrivons aux nerfs des plexus. Ici, la complexité est grande, à première vue. Le plexus brachial constitue un bon sujet d'étude; une dissection soignée, après injection complète, permet de constater ce qui suit (*fig.* 15) :

Des nerfs du plexus, richement vascularisés, émanent une série de troncules, dont la direction semble, de prime abord, sans ordre : de ces troncules veineux, les uns, et ils occupent, en général, la face antérieure du plexus, descendent, plus ou moins obliquement, vers la grosse veine axillaire qui les reçoit; mais, chemin faisant, chacun d'eux émet un ou deux rameaux, qui s'insinuent entre les cordons voisins, devant ou derrière l'artère, et plus loin, s'unissent à d'autres ramuscules de même origine et de même type, pour former, tout le long du plexus, une longue voie collatérale, souvent dédoublée ou multiple : c'est à ces voies collatérales que se rendent, pour la plus grande part, les veinules des cordons du plexus. Or, elles s'anastomosent, en bas, avec les veines circonflexes et, sur tout leur trajet, reçoivent toute la série des veines qui se détachent des muscles ambiants. On retrouve donc, là encore, associées les veines des nerfs et les veines musculaires.

Nous n'insisterons pas plus longuement, et nous

ne cherchons qu'à marquer les grandes lignes de cette circulation veineuse des nerfs. — Quant au mode de division des affluents veineux dans l'épaisseur des nerfs, à leur mode d'émergence, à leurs arcades, nous

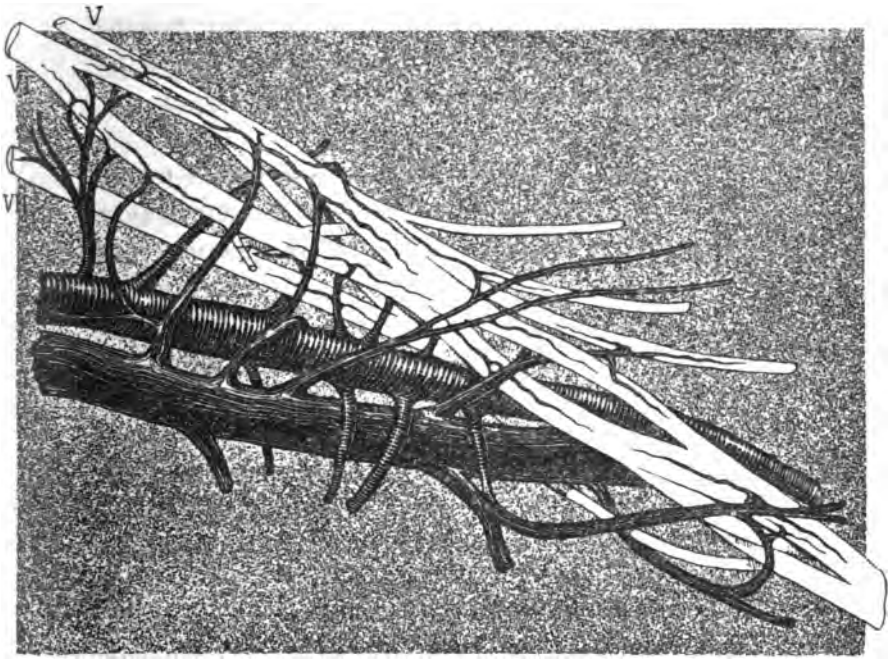


Fig. 15. — *Vaisseaux du plexus brachial.*

renverrons à la description que nous avons donnée plus haut des vasa nervorum artériels ; nous ne pourrions que la répéter. Il suffit, d'ailleurs, d'ouvrir un grand sciatique bien injecté, pour trouver ces anses veineuses inter-fasciculaires, qui le parcourent sur toute sa longueur. — Il n'existe, ordinairement, qu'une veinule par artériole, dans l'épaisseur du nerf. — Assez souvent, même en dehors de tout état variqueux, ces

veinules sont flexueuses, et cela surtout au niveau des articulations, aux points où les cordons nerveux sont soumis à des alternatives fréquentes d'extension et de flexion : le nerf tibial postérieur, derrière la malléole interne, en fournit un très bon exemple (*fig.* 11).

Nous pouvons maintenant, comme nous l'avons fait pour les vasa nervorum artériels, résumer en quelques mots les caractères généraux des vasa nervorum veineux :

1° Les veines des nerfs superficiels se jettent toutes dans les veines profondes; quand elles communiquent avec les veines superficielles, ce n'est que par une anastomose de petit calibre, et l'aboutissant profond n'en existe pas moins;

2° Les veines des nerfs satellites d'un paquet artério-veineux se rendent, soit à la grosse veine voisine, — soit au réseau des vasa vasorum qui entourent l'artère — soit aux collatérales musculaires près de leur embouchure. Mais elles ne se rendent jamais toutes à la grosse veine, et la plupart gagnent les veines musculaires;

3° Les veines des plexus se rendent aux canaux collatéraux, qui ont une origine musculaire (plexus brachial);

4° Le mode d'émergence, de division intra-tronculaire, des veines des nerfs est le même que celui des artères.

L'étude qui vient d'être faite nous a révélé toute une série d'analogies entre la circulation des nerfs périphériques et celle des centres nerveux : en réalité, si l'on tient compte des différences de masse, de structure et d'activité, le rapprochement se justifie de tout

point. C'est la même richesse vasculaire, ce sont les mêmes dispositions, les mêmes procédés de ramescence et de terminaison, destinés tous à préserver les éléments nerveux du choc de l'ondée artérielle ou de la stase du sang veineux.

Le nombre des artérioles qui s'échelonnent à courte distance sur chaque segment d'un cordon nerveux, leur volume relatif, leurs origines multiples et les voies collatérales toutes prêtes qui en résultent suffisent à démontrer combien est assurée l'irrigation artérielle des nerfs. L'incidence oblique, la dichotomie régulière des vaisseaux afférents et le long trajet que chaque branchiole parcourt à la surface du nerf avant son immergence, les arcades interfasciculaires, etc., arrêtent toute irruption brusque du sang, du reste, réduit à des colonnes très fines. Mais la circulation veineuse est surtout remarquable.

Nous trouvons ici un nouvel et frappant exemple du rôle qui est dévolu au jeu musculaire dans la marche du sang veineux. Les veines des nerfs superficiels se rendent toutes aux veines profondes, c'est-à-dire à celles qui sont directement actionnées par la contraction musculaire ; les veines des nerfs profonds s'anastomosent constamment et largement avec les veines musculaires, et, de là, naissent une série d'appareils névro-musculaires, analogues à celui qui est représenté *figure* 2 : le sang, qui se précipite, chassé par le muscle, entraîne celui qui sort du nerf. Ainsi, tout concourt à assurer la régularité de la circulation en retour et à prévenir la stase [1]. De ces faits, on peut tirer de nom-

[1] On peut admettre, d'autre part, que la dilatation des artères à chaque systole cardiaque exerce une action évacuatrice, sinon sur les

breuses déductions. — Nous avons vu déjà quel rôle était légitimement attribuable au système des vasa nervorum dans l'établissement des circulations collatérales?

Il est, dans la pathologie des nerfs périphériques, tout un groupe d'accidents, essentiellement passagers et superficiels, qui relèvent, sans doute, d'influences circulatoires. Certaines formes de névralgies, certains troubles fonctionnels, s'expliquent par des variations circulatoires, par des alternatives d'hyperhémie et de stase ou d'anémie. En veut-on un exemple? Nous avons vu que le pneumogastrique et le sympathique au cou reçoivent toutes leurs artères du système des thyroïdiennes : n'est-il pas légitime d'admettre que certains accidents, consécutifs à la thyroïdectomie (aphonie, accès dyspnéiques, etc.), relèvent de cette anémie passagère des deux nerfs, brusquement privés de leur principale source d'irrigation artérielle? Ce sont surtout les phénomènes de stase qui se prêtent à pareille explication, et il y a là toute une *théorie vasculaire* des névralgies.

Existe-t-il une réelle lésion des vasa nervorum, les désordres seront plus étendus et plus durables : c'est ce qui arrive dans les varices, quand le processus d'ectasie s'étend jusqu'aux vaisseaux des nerfs, en créant autour de lui une véritable névrite interstitielle chronique. Telle est encore l'origine fort probable des phénomènes douloureux qui compliquent certains

veines collatérales, comme l'a dit Tigri, au moins sur le collier veineux qui les entourent : les vasa nervorum qui se jettent dans les lacis veineux périartériels trouveraient ainsi des conditions favorables à leur circulation.

varicocèles et se perpétuent avec une ténacité toute particulière [1].

Enfin, nous avons signalé les connexions étroites qui relient les vaisseaux des nerfs aux vasa vasorum de l'artère voisine : la nutrition des parois vasculaires et celle des nerfs voisins sont, par suite, intimement associées, et, dans l'athérome, un grand nombre d'accidents nerveux reconnaissent, sans doute, une telle pathogénie.

CLINIQUE MENTALE

DES IDÉES DE GRANDEUR CHEZ LES PERSÉCUTÉS [2];

Par M. le Dr J. CHRISTIAN,
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

b). IDÉES DE GRANDEUR ALTERNANT AVEC LES IDÉES DE PERSÉCUTION. — A première vue, les malades de cette catégorie ne diffèrent pas de ceux dont je viens de parler : leurs idées de grandeur sont de même nature. Il m'a semblé cependant qu'elles n'acquièrent pas la même fixité, ni la même tenacité : elles alternent simplement avec les idées de persécution.

Chez ces malades, on ne voit pas non plus survenir la quatrième période, celle de *pseudo-démence*. Tant qu'ils vivent, et je parle de ceux qui atteignent un âge avancé, leur délire ne se modifie pas. Tel était notamment l'officier de marine à propos duquel nous avons si longuement discuté, M. Dontrebente et moi. Il avait assurément des idées ambitieuses [3], et je ne l'ai

[1] L'un de nous a observé l'altération des nerfs du cordon sur un paquet de veines variqueuses, il en fera l'objet d'une communication prochaine.

[2] Voir le nº 66, p. 325.

[3] Je les avais déjà signalées en 1881, quand je publiai, à un tout autre point de vue, l'observation de cet intéressant persécuté. Voir *Ann.*, janvier 1882.

jamais nié ; mais ces idées venaient et disparaissaient. Jusqu'à la fin de sa vie (il est mort à soixante-douze ans d'un érysipèle de la face), il était resté le même, et il n'était jamais tombé dans la pseudo-démence si caractéristique des observations 12-15. Voici du reste quelques exemples choisis parmi d'anciens aliénés :

Observation XVI. — L..., négociant, né en 1836, interné depuis 1872. Antécédents héréditaires probables; a fait quelques excès alcooliques. Depuis son entrée se plaint continuellement d'être *électrisé, brûlé, empoisonné, mécanisé;* il demande « la liberté ou la mort », car ce n'est pas une existence de vivre au milieu de « *coquins* et de *maboules* ». A fait même il y a quelques années une tentative de suicide. Tel est le thème des incessantes réclamations de L... Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que, tantôt il signe ses écrits de son véritable nom, et demande simplement à retourner auprès de sa femme et de son fils, pour reprendre son commerce ; tantôt il signe *Henri de Bourbon*, fils du comte de Chambord, héritier du trône de France. Il saura faire valoir ses droits, « fût-ce même, dit-il, au prix d'une révolution ».

Depuis douze ans que j'observe ce malade, il ne s'est produit chez lui aucun changement. Je sais chaque matin à l'avance ce qu'il me dira à la visite; mais je ne sais jamais si c'est L... qui me parlera, ou si au contraire ce ne sera pas Henri de Bourbon. Le ton se modifie sensiblement selon le cas.

Observation XVII. — V..., né en 1850, entré en 1874. Grand-père maternel aliéné. Enfant unique, a perdu très jeune son père, a été élevé par sa mère qui n'avait aucune autorité sur lui. Peu intelligent et peu travailleur, V... a échoué deux fois au baccalauréat ; il a fait un an de service militaire, puis on a essayé de le mettre dans le commerce. Il n'est arrivé à rien, est devenu de plus en plus difficile pour sa mère, qu'il a prise en aversion, et à laquelle il ne pardonnait pas de vouloir régler ses dépenses. Il s'imagine en effet qu'il possède une fortune énorme et qu'il est allié à toutes les familles nobles du pays. Les parents de V... possédaient une petite campagne dans un pays où un grand nombre de châteaux et de propriétés appartenaient à des nobles de marque. V... cherchait à entrer en relations avec ces personnages titrés; il leur écrivait, leur envoyait des chèques sur Rothschild, rédigeait des testaments en leur faveur. En même temps, il faisait à sa mère des scènes violentes, la menaçait, allait même aux voies de fait.

Il a conservé ses idées ambitieuses; il se croit toujours riche à millions, mais les troubles de la sensibilité générale dominent. Tout le monde cherche à l'empoisonner, même sa mère, ou du

moins la « femme » qui se dit sa mère. Ses vêtements, son linge, sa literie, l'eau du bain, les aliments, le vin, tout est rempli de poisons violents qu'on jette sur lui, ou même qu'on lui *respire*. Ces idées rendent le malade très difficile pour son entourage.

OBSERVATION XVIII. — Ch..., au moment de son admission (1884), se disait chargé d'une haute mission; il devait inspecter les maisons d'aliénés et faire un rapport *secret* au préfet de police. Il croit qu'on veut l'empoisonner; il a quelquefois refusé de manger, sous prétexte qu'il y avait du mercure dans le pain et dans le vin. On le couvre de *Humes*, on lui *inspire* son souffle. Ses idées de grandeur sont toujours restées vagues; le malade est du reste peu intelligent.

c). PERSÉCUTÉS AVEC IDÉES D'ORGUEIL, DE SATISFACTION VAGUES, NON FORMULÉES. — Dans les observations qui précèdent, les quinze premières sont certainement des exemples de délire chronique systématique : à la rigueur, on pourrait encore y comprendre les trois observations suivantes (16-18). J'arrive maintenant à une catégorie de persécutés chez qui on trouve seulement « une opinion exagérée d'eux-mêmes, un certain optimisme, et la conviction qu'ils sont doués de certains pouvoirs ou de certaines qualités propres à eux seuls ». Camuset pense que ce sont également des délirants chroniques; Marandon de Montyel aussi, en faisant remarquer cependant que l'orgueil et la haute idée d'eux-mêmes existaient chez ces malades, bien avant l'éclosion du délire : cela les différencierait en un point seulement, puisque les délirants chroniques sont des sujets normaux jusqu'au début de l'affection mentale (Magnan).

Les persécutés de ce type ne sont pas rares. Je citerai comme exemple le capitaine A..., ce malade qui s'est attiré une si triste notoriété en assassinant le docteur Marchand. Depuis dix ans que je l'observe, j'ai entendu tous les jours les mêmes récriminations, les mêmes menaces, accompagnées des mêmes déclamations vagues sur son « honneur, sa dignité d'homme libre, de citoyen, sa vertu sans tache ». Jamais il n'est arrivé à une idée de grandeur concrète. L'observation suivante est plus caractéristique encore :

OBSERVATION XIX. — Ce malade, dans un accès de délire, a tué sa maîtresse, avec laquelle il allait se marier. Reconnu aliéné, il est, depuis 1886, séquestré à Charenton. Déjà, avant le crime, il

avait été, pendant plusieurs mois, traité dans une maison de santé. Fils unique, ayant perdu de bonne heure sa mère, H..., qui est âgé d'environ quarante ans aujourd'hui, vint à Paris, sous prétexte de faire son droit; l'héritage maternel fut rapidement dissipé. Pendant ce temps le père, retiré à la campagne, dans un de ses domaines, terminait ses jours en s'alcoolisant. J'ai lieu de croire qu'il y a eu des aliénés dans la famille de X..., et que lui-même faisait des excès alcooliques.

D'un esprit médiocre, X... a toujours été très fier de la fortune considérable que lui avaient laissée ses parents, et il s'en exagérait singulièrement le chiffre. Cette fortune devait lui ouvrir toutes les portes. « La place de député de son arrondissement lui revenait de droit; s'il s'était présenté, son succès était certain. » — De tout temps, le grand bonheur de X... a été de frayer avec les personnages titrés de son département : se montrer en public à côté de M. de..., aller à la chasse avec le baron de..., s'habiller chez le tailleur et à la mode du marquis de..., a toujours été pour lui la suprême félicité. Il est encore tout glorieux d'avoir dépensé de grosses sommes pour faire réussir l'élection du comte de... Au 16 Mai, il avait essayé de jouer un rôle; mais on eut vite pris la mesure du personnage, et si on lui permit de s'endetter pour la bonne cause, on avait dû reconnaître qu'il ne serait jamais possible de l'utiliser dans un poste quelconque.

Mais X... a conservé le souvenir des services qu'il a rendus, et il attend la récompense. Ce sera une place dans une ambassade, une grande ambassade; — « il s'est toujours senti une vocation pour la diplomatie ». Aussi bien ne discute-t-il jamais pour savoir ce qu'il demandera au gouvernement, — mais uniquement pour dire ce qu'il *acceptera*. Il ne tarit pas quand il parle de ses talents, de sa finesse, de sa perspicacité, de son éloquence, de sa facilité de rédaction (il a des caisses remplies de ses écrits); ou bien encore quand il énumère ses propriétés, la valeur de ses terres. Mais jamais d'idées de grandeur concrètes, tandis qu'au contraire, le délire de persécutions est très nettement systématisé.

X... a des *collatéraux* qui convoitent son immense fortune. Ils ont pour complice la *haute police*, dirigée par une ancienne maîtresse de X... la *marquise*. Nous tous, médecins, surveillants, infirmiers, ne sommes que les agents stipendiés de cette haute police. Ainsi il sait très bien que je suis chargé de le rendre fou en lui rétrécissant le crâne, et en diminuent la quantité de sa matière cérébrale. J'ai déjà notablement diminué son angle facial. Par mes ordres, et sur les instigations de la « marquise », on met des poisons dans ses aliments (strychnine, opium, nitrate acide de mercure); — des stupéfiants dans son tabac (stramoine, belladone, jusquiame). On fait pénétrer des gaz délétères dans sa chambre, on suscite des provocations pour qu'il attrape un mauvais coup... Sa

maîtresse n'est pas morte; elle est tout près d'ici, il l'entend, elle vient la nuit, mais on l'empêche d'approcher.

Ce malade est évidemment un persécuté, mais, quoiqu'il ait de lui-même la plus haute idée, ce n'est pas un mégalomaniaque véritable, et je ne pense pas qu'il doive être rangé parmi les délirants chroniques. Ce serait plutôt un dégénéré héréditaire.

Observation XX. — J'ai lu l'observation de ce malade à la Société de médecine légale, et elle a été publiée dans un des derniers numéros des *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* (juin 1891). P... présente en effet une particularité curieuse : il s'est pratiqué sur le corps, sur les bras, une foule de tatouages symbolisant ses idées délirantes. Ici je ne veux parler que de la forme même de son délire : il présente en effet à un haut degré l'infatuation de lui-même, et il la traduit dans un verbiage ampoulé, pompeux, rempli de mots prétentieux dont je doute qu'il connaisse le sens exact. Veut-il, par exemple, exprimer cette idée très simple que, s'étant marié, il ne rêvait qu'une chose, vivre tranquillement avec sa femme, s'occuper de son art, élever son enfant, il dira : « Le sujet d'études (c'est lui) acquiert par de nombreuses études théoriques et pratiques toute l'expérience d'un homme de trente ans, il a du raisonnement, du sang-froid, de la force confiante; son jugement, sa juridiction, sa prudence, son honneur, sa loyauté, en font un homme redoutable. Cet homme, ce prétendu propriétaire, cet artiste, cet athlète qui lutte pour vivre, trouve dans la simplicité de ses mœurs tranquilles tout le bonheur que la civilisation moderne peut lui offrir, etc. »

Mais il a des ennemis, des jaloux, des envieux : « L'un a dit : je te ruinerai; l'autre, je prendrai ta femme; un d'entre eux lui a craché au visage, l'autre l'a excité pour le rendre criminel, le dernier va pourrir son enfant, etc. » Mais « on a cru fabriquer un criminel, faire une veuve, ruiner un pauvre, faire d'un gentilhomme une espèce de brute, on a fait *Minerve*. »

P... a écrit des volumes de ce style. Il est généralement calme, mais je l'ai vu entrer dans des accès de colère terrible, quand on lui parle de sa femme, ou du médecin qui l'a soigné dans l'asile où il a été d'abord enfermé.

Observation XXI. — Le malade de l'observation précédente n'est à Charenton que depuis six mois, il n'y a que dix-huit mois en tout qu'il est interné. Enfin il n'a encore que trente ans. Je ne voudrais donc pas affirmer que son délire ne changera pas, qu'il ne sortira pas du vague et des généralités pour arriver à une conception ambitieuse nette et définie; cependant cela me semble peu probable.

Il en est autrement du malade dont je parle maintenant, et qui est ici depuis 1867; il avait alors trente-huit ans. Or, si je compare ses écrits de cette époque avec ceux qu'il me remet journellement, je suis obligé de convenir qu'il n'existe absolument aucune différence entre eux. Ce sont les mêmes plaintes formulées dans les mêmes termes, les mêmes hallucinations décrites dans le même style imagé, et enfin et par-dessus tout l'éternelle protestation de l'homme « *tel que lui* », qui est traité indignement, qui n'est pas à sa place, pour lequel sa famille paie une pension considérable, et cependant on le laisse manquer de tout.

Ce qui donne une saveur toute spéciale aux écrits de D..., c'est son style, ce sont les mots qu'il invente, et dont quelques-uns sont tout à fait pittoresques. Ainsi on le *va-nu-piète indignement*; on ne lui fait que *va-nu-piétades*. Des femmes s'acharnent après lui; les unes, les *hargneuses de nuit*, lui glacent le sang, lui empêchent le sommeil; les autres, les *hargneuses de lieux d'aisances*, les *ruffaniseuses*, vont jusqu'à le *polluer*. C'est ici une maison à *piratades* et à *souffre-dolorisades*. On voudrait même le pousser à des *couteautisades*.

Je ne sais rien des antécédents de ce curieux persécuté. Il a dû avoir une jeunesse mouvementée, car sa famille, a bout d'expédients, l'avait engagé comme matelot sur un bateau marchand. Après quelques années de navigation, il était revenu, avait fait des dettes, et essayé de se suicider. Il prétend s'être tiré un coup de pistolet dans la bouche; deux balles auraient pénétré dans le crâne et n'auraient pu être extraites (?). J'ignore ce qu'il en est; il n'existe rien, aucun symptôme quelconque, qui autorise à ce sujet une supposition plausible.

d). Persécutés sans idées de grandeur. — Tous les persécutés finissent-ils par être atteints de délire ambitieux? Morel ne le pensait pas. Cependant, dans la discussion à la Société médico-psychologique, nous avons entendu quelques-uns de nos collègues affirmer nettement que l'apparition des idées ambitieuses est de règle, qu'aucun persécuté n'y échappe. S'il n'y a pas d'idées de grandeur maintenant, il y en aura dans un mois, dans un an, dans dix ans... Il est bien difficile de répondre à une objection de ce genre. Cependant, quand un délire a duré quinze, vingt ans et davantage, on peut supposer qu'il s'est constitué définitivement, et si, jusqu'à ce moment, il n'y a pas eu d'idées ambitieuses, il est permis de croire qu'il n'y en aura pas. J'ai connu des persécutés qui sont morts dans la vieillesse, après avoir déliré pendant les deux tiers de leur existence, pendant trente ou quarante ans au moins; jamais

on ne les a surpris en flagrant délit de mégalomanie. Il y a mieux : quelques-uns de ces malades, quand je les interrogeais et que je m'efforçais de les mener sur un terrain ambitieux, se rebiffaient, et me disaient nettement : « Ah ! çà, docteur, est-ce que vous me prenez pour un fou, comme MM. X... et Y... C'est bon pour eux de dire qu'ils sont fils de Napoléon III ou du comte de Chambord, mais moi, je sais ce que je dis, et je n'ai jamais eu de ces sottes imaginations?... »

On objecte encore que certains persécutés dissimulent soigneusement leur délire de grandeur : M. Falret, si je ne me trompe, en a connu un, qui avait su le cacher pendant vingt ans. Il doit exister des faits de ce genre; mais sont-ils fréquents? Le délire ambitieux est de sa nature expansif; les aliénés qui sont rois, empereurs, millionnaires, ont plutôt une tendance à le crier sur les toits qu'à le tenir secret.

Que l'on fasse aussi large que l'on voudra la part des persécutés qui ne deviendront ambitieux que très tard, ou qui cachent avec soin leurs idées de grandeur; que l'on admette encore que chez beaucoup de malades je n'aie pas su démêler ces idées de grandeur qui existaient réellement, je persiste à croire cependant que certains persécutés ne deviennent pas ambitieux.

Dans la discussion, j'étais même allé plus loin; j'avais dit qu'il « existe une catégorie de persécutés chez lesquels on peut affirmer que jamais, à aucun moment, il ne surviendra de délire des grandeurs; ce sont ceux dont le délire s'alimente exclusivement dans les troubles de la sensibilité *génitale*. Ces malades n'arrivent jamais à la *mégalomanie* [1] ».

En parlant ainsi, je ne croyais vraiment pas avoir fait une découverte; je me figurais simplement avoir signalé un fait d'observation banale, journalière. Mal m'en a pris. J'avais bel et bien dit une hérésie, et deux ans après, deux de mes distingués confrères sont rentrés en campagne pour attaquer ma proposition et me démontrer que je m'étais absolument trompé [2].

Il est assurément flatteur pour moi d'avoir été critiqué avec tant de science et d'esprit, et je ne manquerai pas de faire mon profit des sages paroles par lesquelles M. Doutrebente a clos

[1] *Ann. médic. psychol.*, sept. 1887, p. 296.

[2] Marandon de Montyel, *Des Persécutés génitaux à idées de grandeur*, in *Ann.*, mars 1890. — Doutrebente, *Id.*, mai 1890.

son argumentation. J'éviterai à l'avenir les « affirmations trop catégoriques », et je ne me risquerai plus à dire « ni jamais, ni toujours ». Mais me suis-je bien fait comprendre? Je voulais soutenir en effet, non pas que les persécutés *génitaux* ne sauraient avoir d'idées de grandeur, mais que chez eux ces idées ne sont qu'accessoires, qu'elles ne constituent pas le véritable *délire mégalomaniaque*. Ce n'est qu'une question de hiérarchie de symptômes, mais nécessaire si l'on veut éviter toute confusion.

Admettons si l'on veut, que j'aie été trop absolu; admettons qu'il convienne de ranger parmi les délirants chroniques les persécutés génitaux qui ont quelques idées accessoires de grandeur, — je resterai en droit de dire que certains persécutés ne deviennent pas ambitieux, et parmi eux, — est-ce un effet du hasard? — se trouvent précisément des persécutés génitaux.

Je laisse de côté les malades dont l'affection est récente; et je prends seulement, parmi mes anciens aliénés, ceux qui, étant persécutés depuis de longues années, sont restés néanmoins sans aucune velléité ambitieuse. En première ligne, j'en citerai un, qui rentre dans la catégorie des *persécutés-persécuteurs*, que Magnan range parmi les héréditaires dégénérés.

Observation XXII. — M..., cinquante ans, propriétaire. N'a jamais pu s'entendre avec son père, qui était du reste un homme singulier. Quand celui-ci mourut, il fit un testament par lequel il avantageait son frère, auquel il léguait notamment un domaine important. M... n'a jamais voulu reconnaître la validité de ce testament : il a plaidé, a été condamné à toutes les juridictions, mais persiste à dire qu'il a été volé, et que le domaine est à lui. Un jour il prend son fusil et va chez son frère, déclarant hautement qu'il allait se faire justice lui-même et rentrer dans ses droits. On parvint à le désarmer, et depuis cette époque, il est séquestré.

M... s'est marié en 1883; mais sa manière d'être avec sa femme était bizarre; souvent, sans motifs, il la quittait, et pendant plusieurs semaines, on n'entendait plus parler de lui. Puis il revenait comme si de rien n'était.

M..., entré en 1888, mais traité auparavant dans un asile de province, est un malade sombre, peu communicatif. Il se plaint souvent des misères qu'on lui fait, accuse son domestique de l'espionner. S'anime dès qu'on lui parle de son frère.

Je crois que ce serait forcer les analogies que de considérer comme une idée ambitieuse la revendication du domaine légué à son frère. C'est là simplement une idée de persécuté qui pré-

tend qu'on lui a fait tort, qu'on l'a lésé. Les malades de cette espèce deviennent facilement dangereux ; j'en ai connu un qui, à deux reprises différentes, chercha à jeter du vitriol à la figure d'un notaire, qu'il accusait, — sans aucune raison, — de lui avoir fait tort dans une succession. M... aurait, sans aucun scrupule, tué son frère.

L'observation suivante me paraît offrir un intérêt particulier ; il s'agit d'un persécuté, qui a soixante-quatre ans maintenant, dont le délire remonte certainement à plus de vingt-cinq ans, et qui pourtant, jusqu'à présent, n'a manifesté aucune idée de grandeur :

Observation XXIII. — Jusqu'en 1879, S... occupait une haute situation dans un ministère. C'est un homme très intelligent, d'un esprit très cultivé, poète à ses heures. Depuis longtemps sa famille avait remarqué ses originalités, mais on n'y attachait pas grande importance, on n'y voyait que des manies de vieux garçon. Il fut très affecté par les événements de la guerre de 1870 ; son caractère devint plus difficile. Il voyagea beaucoup, et, comme on le sut plus tard, c'était surtout pour dépister ses ennemis. Il n'y réussissait pas toujours : à Palerme, il se prit de dispute dans un hôtel, parce qu'on lui servait de l'eau empoisonnée ; la police dut intervenir. A Dublin, au moment de débarquer, il aperçut, sur le quai, l'émissaire déguisé chargé de l'espionner ; il n'eut que le temps de se rembarquer. Depuis quelques années, il changeait sans cesse de restaurant, allait prendre ses repas dans les quartiers les plus excentriques, ne manquait jamais de prélever une portion des aliments et des boissons, qu'il faisait analyser au laboratoire municipal. Finalement il ne sortit plus qu'armé, et il déclara nettement qu'il tuerait le collègue dont le bureau était au-dessus du sien, parce qu'il profitait de ce voisinage pour lui envoyer des décharges électriques. C'est alors qu'il fut placé à Charenton.

Le délire de S... est parfaitement systématisé : il est poursuivi par la *Camorra* (lisez les Jésuites) à la tête de laquelle est un sien neveu, qui n'a jamais été pour lui que plein d'affection et de déférence. Ce neveu s'est affilié à l'ordre, il en est devenu le « Grand-Inquisiteur » et il ne lui laisse aucun moment de repos. Tantôt il se borne à des espièglerie, comme de lui casser son lorgnon, de lui déchirer son parapluie, ou la doublure de ses vêtements, tantôt il intervient d'une façon plus incommodante en mettant du poison dans ses aliments, en remplissant le tabac que l'on fume ici de drogues stupéfiantes, et en dirigeant la fumée sur notre malade, qu'on ne voit jamais qu'avec un mouchoir sous le nez. S... ne mange pas de viande ; il se nourrit surtout de lait et de pain. Été comme hiver, il couche la fenêtre ouverte ; je n'en finirais pas

d'énumérer ses bizarreries; cependant il est toujours de bonne humeur. Ce malade est un type de persécuté halluciné (il a même quelquefois des hallucinations de la vue); jamais ni dans ses écrits, ni dans ses conversations, je n'ai pu surprendre aucune idée ambitieuse.

Une autre observation que je pourrais citer est celle d'un capitaine invalide, entré en 1882 et âgé de soixante-quatorze ans. Le délire de persécution doit être fort ancien chez lui; car, étant sergent-major, il fut cassé de son grade à la suite d'une altercation avec son capitaine. Les campagnes de Crimée et d'Italie lui fournirent l'occasion de se réhabiliter et d'arriver lui-même au grade d'officier. Il se maria une première fois; mais, après quelques mois, il renvoya sa femme, sans motif sérieux; la malheureuse mourut de chagrin. Plus tard B... devint aveugle, et c'est, paraît-il, de cette époque surtout que datent les hallucinations multiples dont il est assailli. Depuis que je le connais, ce malade, chaque matin, quand il m'entend entrer dans la salle, me poursuit des mêmes récriminations, des mêmes réclamations; « il veut retourner aux Invalides, au milieu des officiers de la catégorie « Espagne (?) ». Sa place n'est pas ici, on lui met du poison dans le vin, on lui fait avaler des drogues malfaisantes, etc. » Jamais aucune idée ambitieuse quelconque.

Enfin je viens de perdre d'une affection organique du cœur, un vieux malade, notre pensionnaire depuis treize ans. Jusqu'au dernier souffle il s'est plaint des mêmes tourments, il a accusé les mêmes individus. « On l'a pris au milieu de son commerce, sans qu'il sache pourquoi, il n'a jamais manqué à ses devoirs; on a voulu le forcer de vendre son établissement; on lui fait des misères de toutes sortes; on lui met toutes sortes de saletés dans le corps pour faire croire qu'il est malade. » Il aurait pu sembler que P... eût des velléités ambitieuses, car il estimait son fonds de commerce à plus d'un million. Mais des renseignements précis que j'ai pu me procurer, il résulte que telle en était la valeur réelle.

Mais de tous les persécutés, ce sont les *génitaux* qui m'ont fourni le plus grand nombre de malades réfractaires au délire des grandeurs [1]. C'est au moins une concordance avec ce que

[1] Voir quelques Observations de mon *Etude sur la mélancolie*: Obs. 8, 27, 28, 29, etc. Elles ont été publiées en 1876, à une époque où il n'était pas question de *délire chronique*.

je disais dans la discussion, et une preuve nouvelle que, si je me trompe, mon erreur est pardonnable.

Observation XXIV. — B..., né en 1836, mène depuis de longues années une existence bizarre. Brouillé avec les siens, il s'était retiré sur une barque où il s'était installé avec une femme; il se faisait remarquer non seulement par l'étrangeté de ses discours, mais encore par la bizarrerie de son costume, la singularité de tous ses faits et gestes. La femme avec laquelle il vivait vint à mourir : B... prétendit qu'on l'avait assassinée par les ordres de la police; il divagua de plus en plus, commit des actes répréhensibles; il fallut l'interner. Dans le premier asile où il fut placé, B... se montra comme un aliéné extrêmement violent et agressif, et à la suite de voies de fait graves sur le médecin, il fut transféré à Charenton (1883).

B... est poursuivi par une bande d'individus *policiers*, qui ont machiné le sous-sol de sa chambre, y ont installé des appareils électriques, et lui lancent dans les bourses des décharges répétées; quelquefois même, quand les décharges sont trop fortes, ils lui font *perdre*. B... est toujours en mouvement; il se compare lui-même dans son langage imagé, à un « dindon qu'on placerait sur une plaque de fer rouge ». Il s'ingénie de mille manières pour échapper à ses persécuteurs; il s'enveloppe les testicules de papier, de feuilles d'arbres, d'écorces d'oranges, pour empêcher le fluide d'y arriver. Il raconte en riant, — car autant il était violent il y a quelques années, autant il est devenu gai et sociable, — tout ce qu'on lui fait supporter; et il s'en étonne d'autant plus qu'il n'a jamais éprouvé, dit-il, le moindre désir d'un rapprochement sexuel. Il affirme qu'il n'a jamais eu aucun rapport avec la femme qui a été pendant des années sa compagne. Il suppose qu'il est mal conformé (en apparence les organes sexuels sont normaux), et il s'étonne tout le premier des manœuvres qu'on pratique sur lui. Le délire reste cantonné dans ces limites.

Observation XXV. — S..., né en 1833, a une sœur folle, enfermée dans un asile. Un frère est mort alcoolique; la grand'mère a été aliénée. Ancien restaurateur, S... a quitté les affaires depuis quelques années, et s'était retiré à la campagne. C'est alors qu'on lui a fait toutes sortes de misères. Comme il demeurait à côté du Dépôt des Omnibus, il était en butte aux vexations des employés qui l'insultaient, qui grimpaient sur le toit pour lui faire descendre des injures par la cheminée; enfin ils cherchaient à le *monter*. Souvent on lui mettait quelque chose dans le vin qui le rendait rouge et lui coupait bras et jambes. Pourquoi faisaient-ils tout cela? C'était pour le rendre *sère*, par le moyen du *Marquis de la Rampe*. Il finit par m'expliquer que être *sère*, c'est être *pris par der-*

le rôle principal ne revient-il pas aux troubles si variés de la sensibilité organique? En portant nos recherches de ce côté, nous trouverons peut-être une explication plausible des différences d'aspect que la clinique nous fait découvrir chez les *persécutés*.

PATHOLOGIE NERVEUSE

ASSOCIATION DU TABES AVEC LE DIABÈTE SUCRÉ[1];

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT)

PAR

GEORGES GUINON, Chef de clinique.

A. SOUQUES, Interne (médaille d'or) des hôpitaux.

III.

Nous venons de voir jusqu'ici le diabète alterner avec le tabes chez divers membres d'une même famille. Nous avons hâte de démontrer que ces deux entités morbides peuvent s'associer chez un seul individu et évoluer pour leur compte personnel, sans qu'on ait le droit de songer au pseudo-tabes diabétique ou à la glycosurie tabétique.

C'est la partie à laquelle nous avions primitivement limité notre étude; elle en constitue le chapitre le plus important en raison de l'oubli dans lequel on avait paru la laisser jusqu'ici. Les observations que nous allons rapporter ont été recueillies par nous soit

[1] Voir n° 66, p. 305.

à la clinique, soit dans la clientèle privée de M. le professeur Charcot.

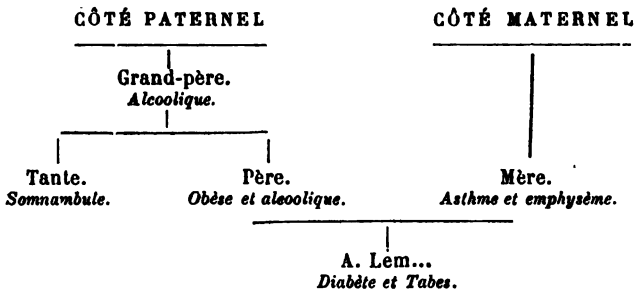
OBSERVATION III.

A. Lem..., cinquante-neuf ans, maçon, entre le 19 juin 1890, salle Prus, dans le service de M. le professeur Charcot.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.— Son père, très obèse et très alcoolique, est mort subitement. Sa mère, atteinte d'asthme avec emphysème depuis de longues années, est morte à soixante-trois ans d'étranglement herniaire. Il a eu cinq frères ou sœurs qui sont tous morts jeunes d'affections inconnues de notre malade.

Il ne peut donner de renseignement sur ses grands parents maternels ni sur un certain nombre de membres de sa famille. Il sait cependant que son grand-père paternel était un grand buveur et un noceur. Il sait aussi qu'une de ses tantes, une sœur de son père avait des crises de somnambulisme. En somme, son hérédité pathologique peut se résumer dans le tableau suivant :

TABLEAU XXI



ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Lem... n'a fait aucune maladie dans son enfance. A quinze ans, il a appris le métier de maçon, qu'il a exercé depuis lors. A dix-huit ans, blennorrhagie avec orchite. A dix-neuf ans il se marie; de ce mariage naissent treize enfants, qui sont tous morts à l'exception d'un seul.

A vingt-neuf ans, fracture malléolaire du pied gauche. Pendant dix ans, de trente-neuf à quarante-neuf ans, il a eu tous les ans au printemps une attaque de *rhumatisme articulaire aigu*. Presque toutes les articulations étaient prises et chaque attaque durait de

deux à quatre mois. Il a été soigné soit à Necker, soit à Saint-Antoine et traité par le salicylate de soude.

Début du diabète. — A cinquante-un ans, en 1882, il a eu une *balano-posthite* avec paraphimosis qui l'amena dans le service de M. Terrier. L'interne aurait pratiqué une incision d'urgence et trois semaines après notre malade aurait quitté l'hôpital Saint-Antoine, non complètement guéri cependant. En effet, deux mois après il rentrait de nouveau. On lui fit une nouvelle opération sur le prépuce et comme la plaie ne se cicatrisait point on analysa les urines et on trouva du sucre. Une analyse faite à cette époque aurait révélé 80 grammes de sucre par litre, glycosurie énorme accompagnée de polyurie (8 à 9 litres par vingt-quatre heures), polyphagie et polydepsie. Le malade fut alors envoyé à Cusset, ayant toujours sa posthite qui mit encore un an à guérir. A la fin de sa cure minérale ses urines ne renfermaient plus, dit-il, que 60 grammes de glycose par litre. A son retour de Vichy, il revint à l'hôpital Saint-Antoine où il fut soumis à un régime approprié et d'où il put sortir quelque temps après, très sensiblement amélioré.

L'année suivante, en 1883, il rentra à l'hôpital Andral pour son diabète. Il avait encore, dit-il, 80 grammes de sucre par litre, pissait, mangeait et buvait beaucoup. Après sept mois de traitement (viande crue), le sucre ayant notablement diminué, il sortait.

Depuis lors sa maladie ne l'a pas autrement incommodé; il n'est resté qu'une fois à l'hôpital pour le tænia en 1884. Lorsqu'il s'est présenté à la Salpêtrière il ne se doutait point qu'il pissait encore du sucre. Il venait consulter pour des douleurs névralgiques, pour des troubles oculaires, avec une ordonnance des Quinze-Vingts où on lui avait dit de venir à la consultation de M. Charcot.

Début du tabes. — En juin 1889 il a été pris de diplopie très manifeste qui a duré un à deux mois; il voyait dans la rue les hommes, les chevaux, les fiacres en double. Cette diplopie a disparu pour ne plus revenir.

Il y a un mois, sa vue a baissé surtout dans l'œil droit; des douleurs névralgiques se sont montrées dans la région mastoïdienne gauche. C'est pour cette amblyopie qu'il s'est présenté aux Quinze-Vingts et ensuite à la Salpêtrière.

ETAT ACTUEL (juin 1890).— L'examen des urines révèle la présence d'une quantité notable de sucre. Le malade a de la polydepsie et de la polyphagie modérées cependant. Une analyse pratiquée le 24 juin par M. Grenouillet, interne en pharmacie du service, donne les résultats suivants : urine de vingt-quatre heures : trois litres, d'aspect louche, de couleur jaune pâle, am-

moniacale, alcaline, densité 1,020, contenant en totalité 35 grammes d'urée, 27 grammes de chlorure et 6 gr. 3 de sulfate, sans albumine, sans peptone, ni acétone, contenant enfin 122 gr. 83 de glycose par vingt-quatre heures (40 gr. 94 par litre).

Homme obèse. Dents en bon état; pas de gingivite. Pas d'éruptions cutanées. La peau est de couleur normale sans sécheresse manifeste. Pas de signe de Romberg. Absence totale des réflexes rotuliens. La force musculaire générale est affaiblie; le malade se fatigue plus vite que d'habitude et il se sent incapable de faire les courses qu'il faisait l'an dernier. Cependant la force musculaire dans les membres inférieurs est normale; il oppose aux mouvements passifs une résistance énergique. Au reste, la démarche est à peine troublée, si ce n'est que les jambes se dérobent de temps à autre sous lui. La démarche est un peu gênée, mais sans caractère spécial, et cette gêne semble tenir soit à la fracture ancienne vicieusement consolidée, soit aux troubles de la vue.

Les troubles de la sensibilité sont multiples. Le malade se plaint d'engourdissement dans les deux jambes, de la sensation imparfaite du sol (il lui semble qu'il marche sur un tapis) avec hypéresthésie assez marquée au niveau de la face dorsale des mains et des pieds, hypéresthésie qui l'oblige parfois à enlever ses couvertures.

Pas d'anesthésie. Il n'a pas de douleurs fulgurantes bien nettes ni dans les membres, ni au niveau de la ceinture. Il accuse simplement quelques douleurs rapides (comme de l'eau qui coulerait) qui ne sont du reste pas très vives et attirent peu son attention. Il ressent en outre une sensation de lourdeur. S'il appuie un instant, ses bras restent pendant quelques minutes « comme morts ».

Il se plaint surtout d'une névralgie caractérisée par des douleurs vives, continuelles, aussi fortes le jour que la nuit, lancinantes par moments, exagérées par les mouvements de la tête et l'obligeant à tenir sans cesse sa main appliquée contre l'oreille. Cette douleur siège dans la région mastoïdienne du côté gauche. Elle a un foyer maximum au niveau de l'apophyse mastoïde, un second à deux centimètres au-dessous de cette apophyse. La zone douloureuse est limitée en arrière à trois ou quatre travers de doigt du pavillon de l'oreille. Il n'y a en avant de l'oreille, ni en d'autres points de la tête et du cou, aucun point douloureux. Cette douleur est parfois sourde, tolérable, mais s'exagère par la pression, par la marche, par les mouvements.

Du côté de la sensibilité viscérale il nous faut signaler l'impuissance remontant à de longues années et parfois de la spermatorrhée sans érection, la paresse vésicale, qui l'oblige à pousser, avec arrêt momentané du jet de temps en temps.

Pas de crises vésicales, ni laryngées, ni stomacales, ni rectales, etc...

Du côté des sens spéciaux, le goût et l'odorat sont normaux. L'ouïe est très affaiblie, surtout à gauche où le malade n'entend pas le tic tac d'une montre appliquée sur son oreille. A droite le tic tac n'est pas entendu au delà de trois centimètres.

L'œil est franchement tabétique. Myosis bilatéral. Signe d'Argyll-Robertson avec absence complète de réaction des pupilles. Rétrécissement irrégulier du champ visuel (v. fig. 13). Dyschroma-

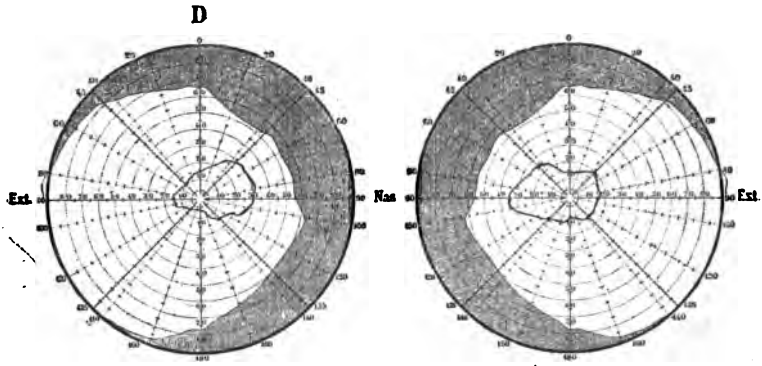


Fig. 13. — *Rétrécissement irrégulier du champ visuel d'origine tabétique chez un diabétique.*

topsie prononcée. Atrophie nacrée des papilles. Amblyopie encore peu accusée, le malade voit assez nettement, joue aux cartes, etc...

L'état général est satisfaisant. Lem... est obèse, plutôt vigoureux d'aspect. L'appétit est exagéré, la soif augmentée, sans troubles stomacaux ou intestinaux. Il porte au niveau de la verge les vestiges cicatriciels de son ancienne balano-posthite, une hydrocèle vaginale du côté gauche, avec induration épididymaire et hydrocèle vaginale du côté droit. Le pouls est normal et les viscères ne présentent aucune altération appréciable.

Depuis son entrée dans le service de la clinique, le malade a été soumis au régime et au traitement. Dans les deux premiers mois la glycosurie a diminué alors que les manifestations oculaires ont pris une intensité remarquable. En quelques mois l'atrophie est devenue complète, la cécité absolue.

Dans ces derniers temps le traitement ayant été négligé par Lem..., le sucre a atteint le même taux qu'à l'entrée. Les chiffres ci-dessous montreront que le chiffre total de la glycose, sous l'influence d'une médication appropriée, avait baissé d'un tiers et que l'abandon presque complet de la médication et du régime s'est traduit par le retour au taux originel.

Examen de juillet 1890.....	87 gr. 32 de sucre dans les vingt-quatre heures. (22 gr. 44 par litre.)
Examen du mois d'août 1890	78 gr. 54 dans les vingt-quatre heures. (19 gr. 85 par litre.)
Examen du mois de septembre 1891.	125 grammes dans les vingt-quatre heures. (30 grammes par litre.)

Les autres symptômes n'ont pas varié sauf la névralgie de la région mastoïdienne qui a disparu spontanément dans les premiers jours de septembre 1891, après avoir duré seize mois.

24 *septembre*. Ce matin au réveil, le malade s'est trouvé paralysé du côté gauche, sans participation de la face et sans troubles de la sensibilité. Il s'agit d'une monoplégie crurale presque complète avec parésie brachiale associée.

— Héréditairement, on retrouve dans cette observation les deux tares névropathique et arthritique. Et ces deux tares se traduisent chez Lem... par une association du tabes avec le diabète. Nous disons association, car si le diabète n'est pas douteux, le tabes ne l'est pas davantage et, en aucune manière, il ne saurait être question du pseudo-tabes diabétique.

En pleine évolution d'un diabète confirmé, et huit ans après son début, surviennent d'abord une diplopie transitoire et quelque temps après de l'amblyopie qui ne tarde pas à faire place à une amaurose complète transitoire. Actuellement, outre les signes classiques du diabète, on constate un certain nombre d'accidents nerveux tels que : engourdissement, hyperesthésie, impuissance génitale, perte des réflexes rotaliens. Ces accidents relèvent-ils du tabes ou en sont-ils indépendants? C'est là un problème difficile à résoudre, car tous peuvent exister, dans le diabète sucré. Aussi bien n'est-ce pas, d'après leur présence,

que nous voulons établir l'existence du tabes vrai.

Les troubles vésicaux plaident bien pour l'ataxie locomotrice progressive : paresse vésicale avec arrêt momentané du jet, mais ils ne sont pas ici suffisamment caractéristiques et on pourrait objecter que de pareils troubles urinaires ont été observés dans le diabète. Par contre, les troubles oculaires nous semblent lever ici toute espèce de difficulté; il s'agit d'amblyopie tabétique, d'œil tabétique au grand complet : myosis bilatéral, signe d'Argyll Robertson, rétrécissement irrégulier du champ visuel, dyschromatopsie et atrophie nacrée des papilles. Ce sont là incontestablement des phénomènes qu'on ne trouve point chez les diabétiques. Non pas qu'on ne rencontre point dans le diabète des troubles et des lésions oculaires; mais combien différents! On y observe, d'après de Wecker et Landolt, par ordre de fréquence, les altérations suivantes : 1° la cataracte; 2° la paralysie de l'accommodation et des muscles extrinsèques; 3° les troubles hémorrhagiques du corps vitré; 4° des rétinites et des hémorrhagies rétiniennes; 5° l'atrophie du nerf optique.

Les quatre premiers n'existent pas chez notre malade. Quant à l'atrophie du nerf optique, inutile de faire remarquer qu'elle est exceptionnelle dans le diabète. Elle ne ressemble du reste point à celle du tabes. M. Parinaud, qui a fait à diverses reprises l'examen du fond de l'œil chez Lem... est catégorique sur l'existence, dans notre cas, d'une atrophie tabétique. Il n'est, du reste, pas éloigné de croire que l'atrophie de la papille n'appartient jamais au diabète. Quoi qu'il en soit, cette atrophie relève ici d'autre part, le myosis bilatéral, le signe

d'Argyll, la diplopie qui a duré deux mois ne relèvent point du diabète sucré. En somme, nous trouvons d'une part absence des signes oculaires classiques du diabète et d'autre part présence des lésions et des symptômes franchement tabétiques. L'hésitation n'est point permise. Nous ferons enfin remarquer que le développement de l'amblyopie a coïncidé, chez notre malade, avec l'institution d'un régime et d'un traitement antidiabétique et avec l'amélioration du diabète, ce qui n'aurait pas dû arriver, sans doute, si cette amblyopie avait été sous la dépendance de celui-ci.

En résumé, si quelques accidents nerveux : perte du réflexe rotalien, troubles de la sensibilité, frigidité génitale, troubles vésicaux même ne peuvent être équitablement partagés et peuvent à la rigueur dépendre du diabète aussi bien que du tabes, les troubles oculaires relèvent incontestablement de l'ataxie locomotrice progressive. Nous ne sommes donc pas ici en présence d'un cas de pseudo-tabes diabétique mais bien d'un cas d'association du véritable tabes avec le vrai diabète sucré. Et ce tabes à début oculaire semble rester isolé et se cantonner aux yeux. Cet arrêt du tabes qui débute par les yeux est la règle dans l'espèce. Le fait a été signalé par M. Charcot, par Benedikt et tout récemment étudié par M. Martin Joannès [1].

Observation IV.

E. Kat..., israélite, cinquante-six ans, courtier en assurances, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, le 21 août 1890.

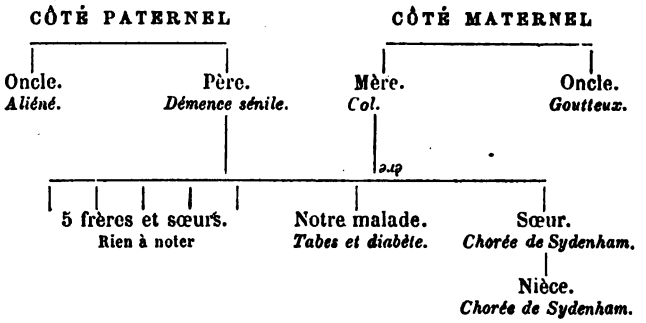
[1] Martin Joannès. — *De l'atrophie du nerf optique et de sa valeur pronostique dans la sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière* (Th. de Paris, 1890.)

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Le malade ne peut donner aucun renseignement précis sur ses grands parents. Son père est mort dans la démence sénile; il avait des hématuries. Sa mère est morte âgée; elle était, paraît-il, coléreuse et emportée. Il a eu six frères ou sœurs; trois sont morts d'affections n'ayant rien de spécial à noter. Parmi les trois qui lui restent, se trouve une de ses sœurs qui a eu la danse de Saint-Guy, et dont une fille a également eu la chorée de Sydenham.

Un oncle maternel est goutteux, un autre du côté paternel est aliéné. Il y a en outre un certain nombre de membres de sa famille qu'il ne fréquente pas et qu'il ne connaît presque pas. La généalogie peut être représentée par le tableau suivant :

TABLEAU XXIII

FAMILLE ISRAÉLITE



ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — K... n'a jamais été malade, ni dans son enfance, ni dans son adolescence. A dix-neuf ans, en 1870, il s'est engagé et a reçu quatre blessures sans gravité dont on voit encore les cicatrices à l'épaule, au bras et au cou. Deux blennorrhagies, à vingt-cinq et à trente-cinq ans. Pas de syphilis. Excès alcooliques durant une quinzaine d'années.

Il s'est marié à vingt-neuf ans. Sa femme a eu neuf grossesses (cinq fausses couches, quatre grossesses à terme; il reste aujourd'hui trois enfants bien portants). Deux ans avant son mariage, il a eu un eczéma variqueux à la jambe gauche où on voit actuellement des varices et une pigmentation accusée.

Début du tabes. — A vingt-huit ans, six mois avant son mariage, il a éprouvé les premières douleurs au niveau de la cuisse gauche. Cette crise douloureuse a duré vingt-quatre heures sous forme de fulgurations rapides et courtes avec des intervalles de calme de cinq à six minutes.

Depuis cette époque ces crises de douleur se sont reproduites avec des caractères identiques tous les deux ou trois mois environ, et duraient quarante-huit heures en moyenne. Les douleurs survenaient brusquement, siégeant dans les orteils, à la malléole externe, aux mollets, autour de la ceinture et parfois au niveau de l'épigastre. Il n'en a jamais ressenti dans la face, dans le cou, ni dans les membres inférieurs. Elles laissaient après elles une hyperesthésie cutanée très vive qui rendait la pression du pantalon et le poids des couvertures intolérables. Elles le forçaient à crier, à sauter en bas du lit et l'empêchaient complètement de dormir. « Ce sont, dit-il, des douleurs atroces, intolérables, qui m'empêchaient de dormir. » Il a usé contre elles de toutes les médications, bromure, iodure... morphine.

Il y a vingt ans s'est montrée une incoordination motrice; il faisait des écarts et menaçait de tomber. Depuis vingt ans il marche avec une canne.

C'est à la même époque que se sont montrés des troubles urinaires caractérisés par une paresse vésicale. Il était obligé de pousser fortement, de se tirailler la verge et de pisser accroupi. Ces troubles n'ont pas cessé depuis lors; s'il veut résister au besoin d'uriner, l'urine sort toute seule brusquement. Parfois il pisse involontairement quelques gouttes dans son pantalon.

Depuis une dizaine d'années, les troubles moteurs se sont notablement accrus; fréquemment dans la marche ses jambes se dérobent sous lui. Il marche, dit-il, comme un homme ivre, et il est connu dans son quartier sous le sobriquet de « jambe de laine ».

Début du diabète. — En 1883, il y a sept ans, il avait à la jambe un ulcère variqueux qu'on ne parvenait pas à guérir. On examina ses urines et on y découvrit du sucre. Deux ans après, une analyse méthodique indiquait 40 grammes de glycose par litre. Du reste, à cette époque, il avait toute la symptomatologie du diabète confirmé; il urinait souvent et beaucoup, sans qu'il ait jamais songé à recueillir la totalité des urines. Il se levait la nuit cinq à six fois pour pisser. Il buvait en proportion, ayant sans cesse la bouche sèche et pâteuse. Il se levait la nuit pour pisser et pour boire. Sa femme, qui l'accompagne, raconte qu'elle a remarqué, il y a dix ans, une augmentation de la soif et de l'appétit. Son mari faisait six repas par jour et se relevait même la nuit pour manger. Il avait des somnolences invincibles, deux ou trois par jour.

K... est impuissant; depuis six ans il n'a eu aucune érection; il accuse cependant des désirs et même des éjaculations.

Depuis un an ses symptômes se seraient amendés. La polyphagie n'est pas très accusée; il boit aux repas une quantité normale de liquide; il n'a de polydipsie que la nuit.

Dans ces derniers mois son caractère s'est modifié : il est devenu irritable et impatient. Depuis trois mois il n'a pas eu de crise de douleurs fulgurantes, mais il éprouve des agacements, des fourmillements permanents dans les jambes, sensations qui n'ont, dit-il, rien d'analogue aux crises douloureuses qu'il connaît bien; les fourmillements sont soulagés par la position croisée des membres inférieurs; aussi ne tient-il presque jamais ceux-ci dans la position normale. Il accuse encore des crampes douloureuses que le port de bas à varices ont fait disparaître.

Rien de particulier à noter dans les membres inférieurs si ce n'est un « énervement » qu'il fait remonter à six mois.

ÉTAT ACTUEL (21 août 1890). — K... est un homme de corpulence moyenne, sans obésité. Il porte aux membres inférieurs des varices très apparentes compliquées de cicatrices ulcéreuses et de pigmentation brunâtre. Il présente des placards de psoriasis aux deux mains (dos et paume de la main, petit doigt et annulaire gauches). Il est porteur de psoriasis depuis trente ans et en a eu dans différentes régions.

Pollakiurie et polyurie modérées avec polyphagie et polydipsie peu marquées. Les urines renferment, d'après un examen fait séance tenante par M. Oliviéro, interne en pharmacie du service, 15 grammes de sucre, 8 gr. 15 d'urée, 5 grammes de chlorure, 0 gr. 9 de phosphate et 0 gr. 21 d'acide urique, le tout par litre, sans aucune trace d'albumine. L'urine est trouble, acide, d'une densité normale, et laisse déposer des phosphates ammoniaco magnésiens.

La bouche est sèche, complètement dégarnie de dents qui sont toutes tombées depuis une dizaine d'années. La langue est quadrillée en gaufre, avec quelques plaques blanches, sans contractions fibrillaires, sans atrophie appréciable.

Pas de troubles de la sensibilité autre que les engourdissements et les crises de douleurs fulgurantes. Pas d'anesthésie, plutôt un peu d'hypéresthésie et un peu de retard dans la perception des sensations. Pas de crises laryngées ni gastriques. Le goût, l'odorat, l'ouïe, sont normaux. La vue est bonne, mais les pupilles sont inégales et le signe d'Argyll Robertson est très net. Absence des réflexes rotuliens. Signe de Romberg. L'incoordination motrice est absolument typique. Le malade appuyé sur une canne progresse en déviant de la ligne droite, en jetant ses jambes à droite et à gauche. Cette démarche qui n'a rien de celle de *stepper* est encore plus incoordonnée et même impossible dans l'obscurité.

Le cœur est normal, le pouls a 76. Pas de troubles digestifs. Troubles urinaires déjà signalés. Rien au foie ni dans les divers organes. L'état général est très satisfaisant, le caractère gai et l'humeur joviale.

— Ici encore nous avons à relever la double hérédité arthritique et nerveuse. Nous soulignerons en outre ce fait qu'il s'agit d'un israélite. La race juive semble plus prédisposée au diabète et aux névropathies que les autres races. C'est l'opinion de nombreux médecins, de MM. Charcot, Bouchard, etc... et cette opinion contre laquelle s'est élevé récemment M. Germain Sée [1] semble parfaitement établie. Elle repose du reste sur ce fait d'observation clinique que les juifs sont particulièrement atteints de maladies arthritiques et névropathiques.

K... a éprouvé les premières douleurs fulgurantes, il y a près de trente ans. Depuis lors, ces douleurs ont reparu sous forme de crises absolument classiques dans les membres inférieurs et autour de la ceinture. Puis, huit ans plus tard, est survenue une incoordination motrice, avec des troubles urinaires bien spéciaux. Ce n'est que vingt ans après, en plein tabes confirmé, que la présence du sucre a été notée dans les urines (40 grammes par litre) à propos d'un ulcère qui ne guérissait point. Du reste cette glycosurie n'était pas isolée; elle s'accompagnait de tout le cortège classique du diabète : pollakiurie nocturne, polyurie, polydipsie, polyphagie. Sous l'influence d'un traitement approprié, les symptômes diabétiques s'amendent considérablement, sans modification parallèle des manifestations tabétiques.

En présence de ces divers symptômes, de leur mode d'apparition, de leur caractère, de leur évolution, nous pensons qu'il s'agit ici d'une association

[1] *Bullet. de l'Académie de Méd.*, septembre 1891.

du tabes avec le diabète sucré. Et d'abord le tabes est avéré, indiscutable, suffisamment établi par les crises de douleur fulgurantes typiques, la constriction en ceinture, l'*incoordination motrice* particulière, l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll, les signes de Romberg et de Westphal, les troubles urinaires. Notre malade est en outre un véritable diabétique.

Deux objections pourraient être opposées à cette manière de voir :

1° Il s'agit d'un cas de pseudo-tabes diabétique dans lequel les phénomènes nerveux ont précédé la glycosurie pendant vingt ans.

2° Il s'agit d'une glycosurie tabétique. La première objection n'est pas soutenable, car, si parmi les accidents nerveux quelques-uns sont communs au tabes et au diabète, il en est d'autres, comme l'inégalité pupillaire, le signe de Robertson, la démarche ataxique, les troubles vésicaux, qui ne peuvent être mis sur le compte de la maladie diabétique. Nous nous sommes déjà expliqués sur la plupart d'entre eux. Quant aux troubles moteurs, nous ferons remarquer en passant, qu'il y a loin de la démarche de *stepper* à l'incoordination typique du tabes.

La seconde objection est beaucoup plus sérieuse. Et pourtant, dans notre cas, la glycosurie ne saurait être symptomatique d'une lésion tabétique propagée au quatrième ventricule, comme dans les observations de Oppenheim, Reumont et Fischer, et cela pour plusieurs bonnes raisons. D'abord, parce que cette glycosurie au lieu d'être isolée, s'est accompagnée de la symptomatologie habituelle du diabète, ensuite parce qu'elle s'est amendée sous l'influence d'un traitement

antidiabétique, enfin, et surtout parce qu'elle ne s'accompagne point de certains signes habituels, concomitants : fréquence du pouls, troubles sensitifs dans le domaine du trijumeau, etc., qui, ainsi que nous le verrons plus loin, semblent être les compagnons ordinaires de la glycosurie d'origine tabétique.

Bref, comme dans l'observation III, il s'agit d'un cas d'association du tabes vrai avec le véritable diabète sucré. Mais, contrairement au cas précédent, c'est ici le tabes qui a débuté et le diabète qui a suivi, soit que celui-là ait servi d'agent provocateur, soit qu'au contraire cette association soit simplement le fait de la prédisposition héréditaire.

OBSERVATION V (personnelle).

M. C..., soixante ans, rentier, vu par M. CHARCOT.

Pas d'antécédents héréditaires.

Syphilis dans la première jeunesse (vingt-deux ans?). Obèse.

Début du tabes à l'âge de quarante-neuf ans par les douleurs fulgurantes.

ETAT ACTUEL (mai 1889). Signe de Westphal.

Signe de Romberg très accentué.

Myosis avec signe d'Argyll Robertson. Pas de cataracte.

Douleurs fulgurantes autrefois très violentes, maintenant plus fréquentes mais beaucoup moins sévères.

Troubles vésicaux, rétention d'urine; ne peut uriner qu'à l'aide de la sonde.

Démarche nettement ataxique. Talonnement, seulement le pied est un peu mou, mais sans steppage véritable, à cause d'un degré assez accentué d'atrophie des muscles des jambes avec prédominance sur les extenseurs du pied.

Diabète constaté il y a au moins trois ans. Le malade a toujours été et est encore gros mangeur et boit beaucoup. Il y a eu une période de polyurie, mais ce fait est assez difficile à préciser à cause de la présence des troubles vésicaux tabétiques qui existaient déjà à cette époque.

Octobre 1889. — La suspension a quelque peu amélioré certains symptômes tabétiques, les douleurs fulgurantes en particulier et

la démarche. Mais celle-ci reste encore assez ataxique pour que l'atrophie des extenseurs ne donne pas lieu à la démarche franche du *stepper*. Cependant le genou est toujours fortement élevé dans l'action de porter le pied en avant. Le sucre a été tout le temps constaté dans l'urine, examinée une fois par semaine.

— Cette observation est à peu près calquée sur la précédente; elle est justiciable de la même argumentation et des mêmes conclusions : elle a trait à un cas d'association du tabes avec le diabète sucré.

Observation VI.

F. de la P..., soixante ans, journaliste, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, le 2 septembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Nos recherches sur une tare névropathique ou arthritique sont restées infructueuses. Jamais D... n'a entendu parler de maladie dans sa famille. Tous les membres qu'il connaît n'ont ou n'ont eu ni affection nerveuse, ni goutte, ni diabète, ni rhumatisme, ni obésité, ni manifestations arthritiques.

Antécédents personnels. — Lui-même est sobre mais s'est pendant de longues années, livré à des travaux intellectuels excessifs; il a été rédacteur de plusieurs journaux politiques et travaillé cérébralement douze heures par jour durant quinze ans. C'est à ce surmenage intellectuel qu'il attribue sa maladie.

A dix-sept ans, en 1848, après être resté trois heures sur la glace, il a été pris d'un rhumatisme articulaire aigu qui l'a retenu trois mois au lit. Depuis cette époque, il a eu deux crises semblables qui ont duré moins longtemps et enfin depuis 1889 il n'a plus eu de douleurs rhumatismales.

Début du diabète. — Il s'est aperçu qu'il avait du sucre dans les urines en 1888. Mais le début réel du diabète remonte probablement au delà. Depuis au moins cinq ans il buvait et urinait beaucoup, et il avait « un bel appétit ». « Mes deux meubles essentiels, dit-il, étaient une carafe d'eau et un pot de chambre. Je n'osais plus dîner en ville. » Enfin, il accuse une impuissance qui remonterait à une quinzaine d'années.

Quoi qu'il en soit, en 1888, un examen méthodique des urines fut fait. On trouva 45 grammes de sucre par litre avec une polyurie de 10 à 12 litres par jour. Une gingivite se produisit avec expulsion de deux dents. Il fut mis tout d'abord au régime sans médiaction. Deux mois après la polyurie diminuait et l'urine ne conte-

nait plus que 5 grammes de glycose par litre. Enfin, quatre mois plus tard la quantité de sucre n'était plus dosable. La soif avait disparu et la quantité d'urine émise était sensiblement normale. Depuis cette époque, six mois après, le malade a repris son régime habituel.

En 1889, il eut une bronchopneumonie; on fit examiner et doser ses urines et on trouva 3 grammes de sucre par litre. Il se remit au régime et le sucre disparut rapidement. Une analyse pratiquée en avril 1890 ne révélait aucune trace de glycose.

Début du tabes. — En novembre 1889, alors qu'il n'y avait déjà plus de sucre dans l'urine, D... fut pris d'engourdissements et de fourmillements dans les pieds, en même temps que de faiblesse dans les genoux et de gêne dans la marche. Cette gêne s'accusa rapidement et en quelques mois l'incoordination était complète.

En juin 1890 se montrèrent des douleurs fulgurantes survenant par crises, lancinantes ou térébrantes, siégeant dans les membres inférieurs au niveau des articulations, des cuisses et des mollets. Ces douleurs sont vives et courtes, quotidiennes, sous forme d'accès qui durent une heure environ et se répètent deux ou trois fois par jour; ces accès n'ont pas cessé depuis lors. Le malade les distingue très explicitement d'un endolorissement, d'un engourdissement tolérable qui est continuel. « Sur ce fond d'engourdissement, dit-il, se greffent les crises douloureuses. » En outre, il se plaint de dérobements brusques des jambes, d'effondrements qui joints à l'incoordination occasionnent des chutes fréquentes.

Depuis le mois de juin et pendant six mois, il « a été tourmenté par des anthrax dans le dos; le premier qui a duré environ deux mois avait quarante centimètres (?) de tour. Il en est venu un second de dimension moindre suivi d'un abcès, puis un troisième. « Pendant ces six mois, l'infirmité de mes jambes, écrit-il, n'a cessé de s'accroître, et maintenant il m'est à peu près impossible de marcher seul. » La recherche du sucre n'a pas été faite durant cette période.

Etat actuel (2 septembre 1891). — Homme d'aspect assez robuste, d'embonpoint ordinaire.

Comme troubles de la sensibilité, il se plaint des douleurs à type fulgurant que nous avons signalées et d'engourdissement dans les pieds, les jambes et les mains, qui le gênent pour s'habiller. Il a la sensation subjective de la perte, de l'absence de ses pieds. « J'ai conscience d'un corps au bout de mes jambes, mais je ne puis rien dire de sa forme ni de ses limites. C'est une chose indéterminée douloureuse. » Aux mains, l'engourdissement occupe les deux premières phalanges des doigts. Enfin il accuse une sensation de gonflement et d'engourdissement dans la moitié inférieure

du visage. Toutes ces sensations sont purement subjectives et ne correspondent à aucune anesthésie ou hypéresthésie objectives. Sa bouche n'est ni sèche ni amère; deux dents font défaut. Pas de troubles appréciables de la sensibilité objective, générale ou sensorielle.

Les troubles génito-urinaires sont une impuissance absolue et une légère incontinence d'urine de temps à autre.

Comme troubles moteurs, incoordination absolument tabétique. Le malade ne peut marcher sans aide; il jette follement ses jambes en dehors et talonne fortement. Et cependant il n'y a aucune espèce de parésie ; la force musculaire est intacte et le malade résiste vigoureusement, normalement aux mouvements passifs effectués dans les divers segments des membres inférieurs. Il suffit de le voir marcher pour reconnaître la démarche classique du tabes.

Les réflexes rotuliens sont abolis totalement, même par le procédé de Jendrassik. Le signe de Romberg est poussé à l'extrême; le malade est incapable de se tenir debout, les yeux ouverts, sans osciller et sans menacer de tomber.

Il n'accuse aucun trouble oculaire ; aucun trouble gastrique ou laryngé. Le cœur est sain, le pouls bat régulièrement à 80°. Les divers viscères sont normaux. L'état général est bon, l'intelligence remarquablement lucide. Il n'a rien de l'état mental des diabétiques.

L'examen des urines n'a révélé aucune trace de sucre ni d'albumine à quinze jours de distance. La soif, l'urination, l'appétit sont normaux.

— Nous voyons dans l'observation que nous venons de résumer un homme, sans hérédité connue, surmené intellectuellement, devenir diabétique et rester — la chose est fréquente — plusieurs années sans s'en douter. Le seul régime suffit en quelques mois à guérir les accidents. L'analyse du mois d'avril 1890 que nous avons eue sous les yeux et deux examens pratiqués à la Salpêtrière en septembre 1891, confirment la guérison de la glycosurie diabétique et l'interrogatoire ne révèle plus aucun des signes habituels au diabète.

Mais, par une coïncidence bizarre à priori et qui,

en réalité, pourrait bien avoir joué un certain rôle dans cette guérison, la disparition du sucre et des symptômes diabétiques coïncide précisément avec l'apparition de phénomènes tabétiques; troubles de la sensibilité, incoordination motrice à évolution rapide, signe de Westphal et de Romberg. Ces phénomènes s'installent rapidement et dominent actuellement la scène.

Que peut-on conclure de cette succession morbide? Les accidents nerveux actuels ressortissent-ils au tabes vrai? Ne pourraient-ils pas être mis sur le compte du diabète et ne s'agirait-il pas en vérité de pseudo-tabes d'ordre diabétique? Cette dernière hypothèse est bien difficile à défendre; il est presque impossible de concevoir l'évolution d'un pseudo-tabes diabétique, durant depuis deux ans, avec aggravation des phénomènes nerveux, en l'absence de la glycosurie et des autres signes du diabète. Au surplus, un certain nombre de signes, entre autres l'incoordination typique, ne sauraient appartenir au diabète sucré.

L'existence actuelle du tabes vrai ne semble donc pas niable. La coïncidence de son apparition avec la disparition apparente sinon réelle du diabète est un fait d'observation intéressant à souligner. Ne sait-on pas que le sucre disparaît des urines dans le cours d'une affection inflammatoire? Trousseau ne signale-t-il pas cette disparition chez un diabétique dont la glycosurie qui durait depuis dix ans « cessa, dit-il, subitement et définitivement le jour où le malade fut frappé d'accidents cérébraux, dus probablement à une hémorrhagie du cerveau, suivie de ramollissement [1] »?

[1] Trousseau. — *Clinique médicale*, 5e édit., t. II, p. 812.

Savage[1], ne déclare-t-il pas que lorsqu'un diabétique devient fou le sucre disparaît parfois de l'urine? Du reste, dans les affections du système nerveux, l'atténuation, l'arrêt ou la disparition de la maladie la première en date, lorsque survient la seconde, n'est pas chose exceptionnelle. Notre maître, M. Charcot, nous a dit avoir vu plusieurs fois des faits de ce genre.

Point n'est besoin, pour interpréter la succession, chez un même individu, de deux états morbides, de ressusciter la théorie oubliée de Lony *De Mutationibus morborum*. Il ne s'agit point de mutation dans l'espèce. La parenté héréditaire du diabète avec le tabes suffit à expliquer cette succession, chez le même individu, d'affections pathologiques distinctes quoique unies par des liens de famille[2].

[1] *Soc. de méd. de Londres*, 28 octobre 1889.

[2] Les liens de parenté entre le diabète et le tabes ou plus généralement entre l'arthritisme et les névropathies diverses par transformation héréditaire avaient déjà été notés par Morel (*Arch. de méd*, 1869, t. I, p. 589).

« Sans doute, dit-il, il est difficile d'admettre, au premier aspect, que beaucoup d'arrêts de développement, que diverses infirmités physiques, que des affections dites organiques du système nerveux, voire même certaines monstruosités soient le résultat de l'hérédité progressive ou accumulée.

« Mais il est impossible de ne pas se rendre à l'évidence lorsqu'il est possible de prouver qu'une foule d'individus strabiques, porteurs de pieds bots, affligés de telles ou telles maladies organiques du système nerveux (*ramollissement cérébral*, *ataxie locomotrice*), victimes en outre de certaines affections diathésiques (*goutte*, *diabète*) présentent enfin certains arrêts de développement, dont quelques-uns constituent des monstruosités caractérisées; il est impossible, dis-je, de ne pas se rendre à l'évidence, lorsque l'observation consciencieuse des faits nous apprend que tous ces êtres pathologiques sont les *descendants d'individus* qui souvent n'ont offert à nos recherches que l'état rudimentaire, pour ainsi dire, d'une perturbation dans leurs fonctions nerveuses.

« L'étude des phénomènes de l'*hérédité morbide* progressive a précisément pour objet de formuler les lois en vertu desquelles s'opèrent les transformations maladives dans la descendance des névropathes. »

En somme, il s'agit encore ici d'association du tabes vrai avec le diabète, chez un même sujet. Mais les deux maladies se sont succédées au lieu de coexister. Ou, du moins, si elles coexistent, l'une d'elles est à l'état latent n'attendant peut-être qu'une occasion pour reparaître.

— Ce n'est donc pas seulement dans une même famille qu'on rencontre la coexistence du tabes et du diabète. Les quatre observations que nous venons de résumer montrent que cette association existe aussi chez un seul individu. Et très vraisemblablement ces cas d'association tabético-diabétique sont plus fréquents qu'on ne pense. Il est probable qu'un certain nombre d'entre eux ont été méconnus par les cliniciens, qui semblent s'être uniquement préoccupés de rattacher tout le complexus morbide soit au diabète soit au tabes seuls. Encore une fois, nous ne nions en aucune manière les cas de pseudo-tabes diabétique ni ceux de glycosurie tabétique; nous pourrions même en citer des exemples personnels. Mais nous voulons faire une place clinique aux cas d'association, qui la méritent bien.

Dans les recherches que nous avons faites, nous n'avons pas trouvé de cas analogue. Nous devons faire une exception en faveur de Fischer qui mentionne trois observations intéressantes, malheureusement incomplètes et incapables d'entraîner la conviction absolue. Sans être catégoriquement affirmatif, l'auteur fait de prudentes réserves, que nous partageons entièrement. Voici comme spécimen le résumé d'un de ces trois cas :

Observation VII. (Fischer *Centralb. für Nervenheilk.*, 1886, p. 545.)

X..., soixante-dix ans, probablement syphilitique, se plaint depuis de longues années de faiblesse dans la jambe droite qui l'empêche de marcher longtemps. Depuis trois ans on a constaté beaucoup de sucre dans l'urine, sans polyurie ni polydipsie, et depuis de longues années il présente des dépôts goutteux articulaires.

Il éprouve dans les jambes des douleurs qui ne revêtent point le caractère lancinant, avec paresthésies dans les orteils et dans les doigts surtout au pouce. Démarche talonnante, incertaine dans l'obscurité. Douleurs en ceinture pas très nettes dans la région abdominale inférieure ainsi que dans la région dorsale. Les urines et les selles sont si impérieuses parfois que le malade a à peine le temps de sortir de chez lui. Diminution de l'acuité visuelle consécutive à une cataracte commençante.

En juin 1885, à la suite d'un traumatisme (chute dans l'escalier) l'état s'aggrave. Furonculose à Wiesbaden.

Etat actuel 1886. — Amaurose commençante. Les pupilles sont étroites mais réagissent à la lumière. Absence de dents. La station debout, les yeux fermés, est très incertaine. Incoordination motrice très nette. Perte des réflexes aux bras et aux genoux. Anesthésie de la plante des pieds. Troubles du tact.

L'urine a une densité de 1,028 et renferme de 10 à 25 grammes de sucre par litre. L'auteur a souvent vu le malade depuis cette époque et constata la persistance des signes spéciaux. Le sucre diminua sans disparaître.

— Pour notre compte, nous admettons très volontiers, dans ce cas, l'association du tabes vrai avec le véritable diabète sucré. C'est du reste l'opinion à laquelle semble se rattacher l'auteur, lorsque, sans affirmer catégoriquement, il écrit : « Dans tous les cas, rien ne prouve qu'il se soit uniquement agi du diabète. Malheureusement je n'ai pu ni suivre l'évolution de la maladie, ni faire l'autopsie. Cependant, quoique le diagnostic de ces cas ne soit pas ferme, je pense qu'on ne peut sûrement, dans aucun d'eux, éliminer le diagnostic de tabes. » (*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — SERVICE DE M. CHARCOT

TOUX ET BRUITS LARYNGÉS CHEZ LES HYSTÉRIQUES, LES CHORÉIQUES, LES TIQUEUX ET DANS QUELQUES AUTRES MALADIES DES CENTRES NERVEUX [1];

MESSIEURS,

Les hasards de la clinique ont réuni dans le service un certain nombre de faits intéressants, cohérents entre eux qui me conduiront à appeler votre attention sur quelques épisodes encore assez peu connus et assez insuffisamment étudiés de l'hystérie; je veux parler de l'émission plus ou moins répétée de sons laryngés plus ou moins bruyants, qui paraît quelquefois constituer à elle seule toute la maladie.

I. — J'appelle ces bruits « laryngés » parce que le larynx prend part nécessairement à leur production, mais il va sans dire que les muscles d'expiration et d'inspiration entrent également en jeu, en même temps parfois que les voies aériennes supérieures, voile

[1] Leçon du 22 mars 1886.
La présente leçon a été omise par erreur dans le III[e] volume des *Maladies du système nerveux*. Il en a paru un extrait dans la *Semaine médicale* du 15 septembre 1886.

du palais, pharynx, etc. Au point de vue du mécanisme qui préside de leur production, ces bruits ou sons peuvent être ramenés à deux chefs. Les uns sont expiratoires et faits sur le modèle de la toux. La toux consiste, vous le savez, en une série d'expirations brusques produisant un bruit particulier par suite du passage violent de l'air expiré à travers la glotte. La toux hystérique d'ailleurs, représente un type fondamental dans ce premier groupe. Les autres bruits sont au contraire inspiratoires et faits sur le modèle du hoquet, lequel consiste essentiellement, vous le savez, en une contraction subite du diaphragme suivie d'un bruit laryngé rauque.

Mais quel que soit le mécanisme inspiratoire ou expiratoire du bruit produit, celui-ci, toujours inarticulé, peut, sans changer de caractère nosographique et de signification clinique, se présenter sous des formes très variées, très diverses, s'éloignant quelquefois beaucoup, en apparence du moins, du type toux (*tussis*) ou du type hoquet (*singultus*). Ces formes sont désignées communément d'après la ressemblance plus ou moins exacte qu'elles présentent, avec les bruits, sons, cris qui servent de moyens d'expression à divers animaux. C'est ainsi que vous entendrez parler chez les hystériques : 1° des aboiements et des hurlements ; 2° des miaulements ; 3° des grognements, des mugissements, etc., etc., en souvenir des bruits correspondants qui se produisent à l'état physiologique chez les chiens, chats, porcs, bœufs ou vaches, etc., etc.

Ce rapprochement entre les bruits ou cris physiologiques émis par divers animaux, et les bruits laryngés pathologiques des hystériques, est, sans doute, le plus

souvent un peu forcé. Quelquefois cependant la ressemblance est vraiment frappante et il y a même quelques bonnes raisons de croire que les cris d'animaux transportés chez l'homme, sont, dans certains cas au moins, la conséquence d'une imitation involontaire, automatique, le fait en un mot, de la contagion nerveuse, comme on l'appelle. C'est un point sur lequel d'ailleurs, nous aurons l'occasion de revenir dans un instant.

Est-ce encore de cette façon, c'est-à-dire par un phénomène d'imitation inconscient, de suggestion, qu'il faut interpréter les faits analogues à celui rapporté par M. Blachez dans son travail sur ce qu'il appelle la chorée du larynx, et où il s'agit d'un enfant âgé de six ans? A la suite d'une bronchite légère il avait été pris tout à coup d'un cri grave, éclatant, tout à fait analogue au bêlement d'une de ces chèvres mécaniques avec lesquelles les enfants aiment à jouer. Ici il s'agirait de l'imitation d'un objet inanimé, ou animé seulement par un ingénieux mécanisme [1].

II. — Quelle que soit la forme qu'affectent les bruits laryngés des hystériques, ils présentent un certain nombre de caractères communs sur lesquels, en manière de préambule, je veux appeler votre attention. Ces caractères les rattachent les uns aux autres et permettent de les considérer comme constituant un groupe naturel.

Les caractères suivants, empruntés pour la plupart à la très remarquable description que Lasègue a

[1] Blachez. — *Chorée du larynx* (*Gazette hebdomadaire*, n° 42, p. 692, 1883).

Fig. 16. — Toux hystérique. Tracé de M. le Dr G. Ballet. A, accès de toux. — B, respiration normale (α, inspiration ; β, expiration).

donnée en 1854, de la toux hystérique, peuvent être appliqués aux cas de bêlement, de mugissement, d'aboiement hystérique enfin, à peu près sans restriction [1].

1° La toux, comme les autres bruits laryngés hystériques, se présente souvent sous forme d'accès plus ou moins prolongés, se montrant en général à de certaines heures du jour, surtout le soir, toujours les mêmes; mais le plus communément c'est un symptôme en quelque sorte permanent, toujours présent aux diverses heures du jour et ne cessant que la nuit pendant le

[1] Lasègue. — *Arch. de méd.* 1854 et *Etudes méd.*, t. II, p. 1.

sommeil qui n'en est habituellement pas interrompu.

2° Les secousses de toux ou les bruits restent isolés les uns des autres, ou au contraire ils se groupent en se répétant successivement au nombre de trois ou quatre, par exemple, c'est-à-dire suivant un rythme tertiaire ou quaternaire. Les secousses isolées d'ailleurs, comme les groupes de secousses, sont séparées les uns des autres, comme le montre bien l'emploi de la méthode graphique, par des intervalles sensiblement égaux. (Voir le tracé ci-contre *fig.* 16.)

3° Malgré la fréquente répétition de ces bruits ou leur intensité, le malade, chose remarquable, ne souffre pas de dyspnée bien marquée, ni de suffocation : il en est quitte pour un peu de fatigue. D'ailleurs avec les bruits, pas d'autres phénomènes laryngés concomitants; pas de secrétion laryngée ou bronchique ; pas de signes particuliers à l'auscultation. Il ne faut pas oublier toutefois, à ce propos, que la toux ou les bruits hystériques se développent quelquefois pendant le cours ou à la suite d'un rhume, qui se traduira de son côté par des signes stéthoscopiques plus ou moins accentués ;

4° Ce que dit Lasègue, à savoir que la toux, comme les autres bruits laryngés hystériques, ne se développe pas après vingt-cinq ans et qu'on la voit habituellement chez les jeunes filles est parfaitement exact. Mais il n'est pas exact qu'on ne la voie pas chez les jeunes garçons; je vais, dans un instant, vous en fournir la preuve, par la présentation d'un exemple approprié ;

5° Un caractère fort remarquable et dont la connaissance est d'importance en pratique, c'est que la toux et les autres bruits laryngés, sont dans l'acception la plus étroite du mot des phénomènes d'hystérie

locale. Ils ont, en d'autres termes, une tendance remarquée à subsister chez l'hystérique à l'état d'isolement, sans accompagnement d'autre stigmate ; si bien que l'hystérie dans laquelle ces accidents existent représente en quelque sorte une forme anormale, un groupe à part ; ainsi les attaques convulsives en pareil cas sont vraiment rares ; rares aussi les autres accidents d'hystérie locale tels que clou, contractures, paralysies, etc. Il semble en somme qu'il y ait une sorte d'antagonisme entre cette forme et les autres. Et c'est là une circonstance qui, incontestablement, est bien faite pour rendre parfois le diagnostic difficile, en masquant la véritable nature du mal. Je dois dire cependant que, d'après mon expérience personnelle, dans un grand nombre de cas de ce genre la recherche des stigmates sensitivo-sensoriels permanents, anesthésie, rétrécissement du champ visuel, lorsqu'elle est poursuivie très attentivement, permet de recueillir des indices significatifs ne laissant aucun doute sur la présence de la diathèse hystérique ;

6° Quoi qu'il en soit, comme des bruits laryngés plus ou moins analogues à ceux qui se produisent dans l'hystérie, peuvent se manifester en dehors d'elle, dans d'autres affections du système nerveux, sans lésions organiques appréciales, en particulier dans la chorée de Sydenham, le paramyoclonus multiplex, la maladie des tics, etc., il y aura lieu d'insister sur les difficultés que le diagnostic peut présenter ;

7° Il nous reste à vous présenter encore quelques considérations générales relatives à l'évolution, au pronostic des bruits laryngés hystériques. Ils se développent le plus souvent tout à coup, inopinément, et

peuvent cesser de même brusquement, soit spontanément, soit à la suite encore d'une attaque hystérique qui aura pu, peut-être, être provoquée à dessein. Mais c'est, en tous cas, une affection généralement très tenace, très rebelle, qui peut durer des semaines, des mois, des années même, et dont un des caractères, on peut le dire, est de résister de la façon la plus obstinée à l'emploi le plus énergiquement dirigé des moyens en apparence les plus rationnels, opium, bromure de potassium, extrait de belladone, etc., etc. C'est donc en dehors de ces agents-là qu'il faudra chercher nos moyens d'action. Un dernier caractère : les récidives sont fréquentes.

III. — Tels sont, Messieurs, les grands traits communs au groupe tout entier des bruits laryngés hystériques. Je bornerai là ces préliminaires et actuellement je vais passer à l'examen des divers cas que j'ai sous la main et à propos desquels je vous présenterai, chemin faisant, quelques remarques complémentaires relatives à l'histoire de ces bruits laryngés.

1^er^ *Cas.* — Voici d'abord une jeune fille nommée S..., âgée de dix-huit ans et chez laquelle nous n'avons pu reconnaître ni antécédents personnels, ni antécédents héréditaires dignes d'être notés. Il y a environ six mois, elle eut, dans la maison qu'elle habite, avec quelques voisins mal élevés, mal embouchés, des désagréments qui se reproduisirent fréquemment pendant plusieurs semaines ; des querelles graves, des menaces s'en suivirent et à un moment donné les choses furent au pis. Alors survinrent de l'insomnie, de l'inappé-

tence, des crises convulsives et délirantes dans lesquelles l'attitude en arc de cercle s'est, paraît-il, plusieurs fois manifestée de la façon la plus classique. En ce temps-là, c'est-à-dire il y a quatre mois, elle commença à fréquenter le service électrothérapique de la Salpêtrière, où elle rencontrait fréquemment une jeune fille nommée Guel..., âgée de vingt et un ans, que je regrette de n'avoir pas sous la main aujourd'hui, et qui présente depuis longtemps un bruit laryngé tout à fait comparable, tant pour le timbre que pour le rythme, à celui que nous observons aujourd'hui chez la jeune S... Y a-t-il eu là un phénomène de contagion? Je suis fort disposé à le croire. Toujours est-il que bientôt survinrent une extinction de voix, suivie d'un mutisme qui dura seulement quelques heures, et fit place au bruit, au murmure spécial qui s'offre aujourd'hui à notre étude. Il est à noter que les crises convulsives et délirantes ne se sont pas reproduites depuis que le bruit laryngé s'est établi.

Ce bruit consiste, vous le constatez, en petites secousses respiratoires qui se groupent par séries de quatre (rythme quaternaire). Les séries en question sont séparées les unes des autres par des intervalles sensiblement tous de même durée. Nous en avons compté environ 140 à la minute, soit 24.000 en 12 heures. Cela constitue, vous le voyez, dans l'ensemble comme un murmure saccadé rappelant assez bien le bavardage discret et presque incessant que font entendre les oiseaux de basse-cour. Cela ne s'arrête que la nuit quand la malade s'est endormie, ou encore durant le jour pendant que la malade est occupée à lire à haute voix; mais à peine a-t-elle fini que la série

reprend comme de plus belle. Un effort de volonté paraît n'avoir aucun effet intribitoire.

Cependant la respiration est précipitée, peu profonde : on compte environ 56 respirations par minute. Mais cette précipitation n'entraîne aucune gêne sensible, aucun malaise, à moins que la malade ne veuille courir. Pas de douleur, pas de chatouillement à la gorge.

Ici le fonds hystérique est représenté non seulement par les attaques convulsives et délirantes aujourd'hui disparues, mais qui ont inauguré la série morbide ; il est représenté encore par la présence de stigmates permanents caractéristiques, à savoir : 1° hémianesthésie gauche sensitive et sensorielle avec perte du sens musculaire ; 2° anesthésie pharyngée à droite. Il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Dans ce cas, je l'ai fait remarquer, le bruit laryngé se produit au moment de l'expiration et appartient par conséquent au type « toux ». Il est inspiratoire, au contraire et, par ce côté, se rapproche du hoquet, chez le jeune garçon que voici.

2e *Cas.* — Il est âgé de quinze ans, un peu adipeux, joufflu et pas mal empâté pour le moment. On ne relève chez lui ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels relatifs à la catégorie nerveuse. Il vit depuis quelques années dans un collège de frères religieux, où il prétend n'avoir eu à se plaindre ni de ses maîtres, ni de ses camarades. Il y a dix semaines environ, sans cause connue, il a été pris de maux de tête, puis d'inappétence et de divers accidents qui ont été caractérisés, paraît-il, par le médecin, sous le nom

d'embarras gastrique et c'est huit jours après qu'il a commencé à ressentir les accidents nerveux qui ont persisté jusqu'aujourd'hui. Vous l'entendez, à des intervalles à peu près égaux, donner un bruit aigu qui rappelle assez bien le jappement, le glapissement d'un petit chien, avec cette différence toutefois, relative au mécanisme, qu'il s'agit ici d'un phénomène d'inspiration brusque. Vous pouvez, en effet, reconnaître qu'à chaque émission du bruit l'abdomen se soulève, et en même temps les épaules. Quelques petits mouvements concomittants de la tête et du tronc en arrière démontrent que certains muscles autres que ceux du larynx et de la respiration sont en jeu pendant la production du bruit.

Pas de chatouillement laryngé ; aucun malaise ; bon sommeil, bon appétit. Rien qui ressemble à des attaques, pas d'aura. Il s'agit donc bien là, si hystérie il y a, d'hystérie locale, au premier chef, d'après la définition que j'en donnais tantôt. Cependant la recherche des stigmates, tant s'en faut, n'est pas stérile. Il y a hémianalgésie gauche, et rétrécissement du champ visuel prononcé surtout à gauche. Aucune anomalie à signaler du côté des organes génitaux.

3e *Cas.* — Voici maintenant un cas comparable au précédent, mais plus accentué dans sa symptomatologie et à quelques égards plus complexe.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, nommée B. M..., que je vous ai présentée déjà, dans le temps, comme offrant un exemple de mutisme hystérique, suivi de bégaiement. Le mutisme a disparu depuis plusieurs mois, mais le bégaiement persiste encore. Il n'y

a pas à signaler, à proprement parler, chez cette jeune fille, d'antécédents nerveux héréditaires; mais elle appartient cependant à une famille de musiciens endiablés et pour la plupart sans doute un peu toqués. Son grand-père était violoncelliste à Valenciennes et exerçait en même la profession de marchand de chaussures ; un de ses oncles, établi à Paris, cumule également; il est à la fois violoncelliste et épicier ; son père, également musicien, avait monté un magasin d'instruments de musique ; mais il fit de mauvaises affaires et fut saisi. C'est à la suite de cet événement au moment où les huissiers pénétraient dans la boutique, que B. M... fut prise de ce mutisme dont je parlais tout à l'heure et qui fit place au bégaiement que vous pouvez constater encore aujourd'hui.

La malade a dans son enfance été atteinte de rhumatisme articulaire, et elle a été choréique (chorée de Sydenham). Le bruit laryngé, l'aboiement, comme vous voudrez dire, que nous avons à étudier avec vous, date de dix-huit mois; il est survenu sans cause connue six mois après l'apparition du mutisme.

Le bruit laryngé se répète chez elle, ainsi que vous pouvez le constater, deux ou trois fois de suite, et il se reproduit environ trente fois par minute, toutes les deux secondes. Il rappelle assez bien par le timbre et la soudaineté de l'émission, l'aboiement d'un petit chien ; et d'ailleurs toutes les fois que dans la cour de l'hospice elle rencontre un chien, elle le met involontairement en émoi et le fait aboyer. Ici encore comme dans le cas précédent, malgré la ressemblance avec un aboiement, il s'agit d'un bruit inspiratoire et non expiratoire. Le bruit se répète à toute heure du

jour, sans cesse et sans trêve ; il ne disparaît que la nuit au moment du sommeil. Remarquez au moment de chaque aboiement une légère grimace dans laquelle les commissures labiales s'abaissent, en même temps que les paupières supérieures se ferment un instant.

La malade n'a jamais eu d'attaques convulsives ; mais la présence des stigmates permanents est très accentuée : hémianesthésie gauche sensitive et sensorielle avec perte du sens musculaire ; champ visuel très rétréci des deux côtés. Remarquez cette longue durée du bruit laryngé ; dix-huit mois, et rien ne fait prévoir qu'on en verra bientôt la fin.

— Ces exemples, les seuls que j'aie pour le moment sous la main, suffiront amplement, je pense, pour vous donner une idée de ce que l'on doit entendre sous cette dénomination de bruits laryngés hystériques que je vous propose d'adopter. Maintenant, pour légitimer les généralités que je vous ai présentées au début de cette étude, je voudrais entrer dans quelques détails, à propos de la question du diagnostic. Il peut en réalité, je vous l'ai fait pressentir, présenter des difficultés ; mais celles-ci seront presque toujours aplanies par la présence bien constatée des stigmates. Toutefois, ne l'oubliez pas, ceux-ci peuvent souvent faire complètement défaut.

Voici d'ailleurs l'indication des points qui, à cet égard, me paraissent surtout intéressants à signaler. On peut dire d'une façon générale qu'un bruit laryngé explosif, un éclat de voix, un cri, peuvent se produire dans les névroses convulsives les plus diverses, pour peu que les muscles du thorax et de l'abdomen soient

intéressés dans l'action spasmodique. C'est ce qui arrive par exemple dans la chorée vulgaire, chorée de Sydenham, comme je l'appelle volontiers, — ce mot paraît avoir fait fortune, — et aussi dans le paramyoclonus multiplex, dont mon chef de clinique M. Marie vous présentait naguère un beau spécimen que j'ai fait replacer sous vos yeux: — Vous voyez que chez ce malade, le nommé Gaub...t, en frappant à l'aide du marteau de Skoda, sur certaines apophyses épineuses de la région cervicale et lombaire mises à nu, je provoque non seulement dans les membres, mais encore un peu partout de brusques secousses, qui, si elles sont très intenses et très généralisées, ne manquent pas d'être accompagnées d'une expiration sonore. C'est par un mécanisme analogue que se produisent les éclats de voix, les cris, les bruits divers que l'on entend quelquefois dans la chorée vulgaire intense. On a parfois désigné ces bruits-là sous le nom de chorée laryngée; c'est bien à tort, et il n'y a certainement aucun avantage a employer cette dénomination. Il importe de savoir en tout cas, qu'il n'existe en réalité pas de chorée de Sydenham partielle, limitée au larynx, sans accompagnement de gesticulations choréiformes dans les membres, et tous les exemples publiés sous cette rubrique, il faut bien le savoir, y compris ceux de M. Blachez, quand on les examine d'un peu près, échappent à la caractéristique de la chorée vulgaire et rentrent au contraire très naturellement, dans la catégorie des bruits laryngés hystériques [1].

Les difficultés sont plus grandes quand il s'agit de

[1] Voir sur ce sujet, Sturges, *On Chorea*, p. 16, et *Ziemssen's Handbuch*, XXI, Bd. 2, p. 408.

ne pas confondre les exclamations, cris, aboiements hystériques avec les phénomènes correspondants qui s'observent quelquefois dans la maladie des tics. Et ici, remarquez-le bien, le diagnostic est d'un grand intérêt pratique, car les accidents de la maladie des tics, bien qu'ils paraissent subir des amendements temporaires, ne sont que rarement susceptibles d'une guérison proprement dite, tandis que les bruits hystériques, quoique persistant parfois des semaines, des années, finissent toujours par guérir, en fin de compte.

Je vous présente une jeune fille de vingt ans et demi, nommée Juli..., dans l'histoire de laquelle nous n'avons pas pu trouver la marque évidente d'antécédents héréditaires nerveux ou arthritiques; seulement elle a été élevée par un père brutal qui souvent la battait et la maltraitait au point qu'elle a dû être recueillie par des personnes charitables; vous l'entendez donner de temps en temps, à des intervalles irréguliers, un bruit laryngé aspiratif, assez semblable à celui que donne, à la vérité d'une façon rythmée, notre dernière malade de tout à l'heure (Bill...). Mais veuillez remarquer qu'au moment de l'émission de chaque bruit et un peu auparavant, il se fait une série de mouvements, toujours systématiquement les mêmes, qui consistent en une brusque élévation des membres du côté droit en même temps que la tête s'incline vivement sur la droite. Ajoutez que ces tics, comme l'aboiement, datent de huit années et que jamais ils n'ont changé de caractère; que dès l'âge de quatre ans, c'est-à-dire à une époque de la vie où l'hystérie ne se montre guère, existaient des cligne-

ments d'yeux, des grimaces qui ont fait place aux tics spasmodiques d'aujourd'hui. D'ailleurs pas de stigmates sensitivo-sensoriels, pas d'attaques. C'est de la maladie des tics qu'il s'agit chez cette petite malade, tandis que Bill..., qui lui ressemble à tant d'égards, est hystérique et guérira très certainement; je n'oserais pas en dire autant de la première.

Le diagnostic serait plus facile s'il s'agissait chez Jul... d'exclamations d'un autre ordre, qu'on n'observe jamais autant que je sache dans l'hystérie et qui au contraire, se montrent assez fréquemment dans la maladie des tics. Je veux parler des exclamations dites *écholaliques*. Je vous rappelle en deux mots en quoi cela consiste. Le sujet, pourvu qu'il soit surpris, non préparé, répète malgré lui, automatiquement, les exclamations qu'il entend proférer près de lui. « Jette-le, » disait Beard à un sujet atteint de cette maladie qui tenait un couteau à la main « Jette-le, » répond aussitôt le malade et en même temps il jette le couteau, car les actes en pareil cas suivent involontairement les paroles involontairement produites. Remarquez qu'il ne s'agit pas ici de bruits simples, mais bien de sons articulés, de paroles; rien de tout cela, je le répète n'appartient à l'hystérie.

On peut en dire autant des phénomènes que M. Gilles de la Tourette a ingénieusement groupés sous le nom de « coprolalie ». Ici, sans provocation aucune, il y a émission plus ou moins brusque et absolument involontaire, convulsive, automatique, de paroles souvent grossières, obscènes, proférées à haute et intelligible voix, alors même qu'il s'agit de personnes éduquées, bien élevées. Le nommé Bont...che,

que je vous présente, à ce propos, comme un coprolalique, n'a pas été peut-être très bien élevé, mais c'est bien involontairement, je vous assure, qu'il profère devant vous des jurons, des paroles grossières qui offensent vos oreilles et qu'il voudrait retenir. Mais je le répète à dessein, la coprolalie peut se voir dans la meilleure société. Témoin le cas communiqué par le professeur Pitres, d'une jeune fille de Bordeaux, âgée de quinze ans, ayant eu une tante aliénée, un père tiqueux, tiqueuse elle-même et qui dans les paroxysmes émettait les paroles les plus ordurières : n.. de D..., f..tre, et aussi le mot de Cambronne; *dit venia verbis*. Témoin encore le cas de la marquise de D..., que j'ai entendue de mes propres oreilles prononcer hautement en public des paroles du même genre. La maladie chez elle a duré plus de soixante ans. Quelques auteurs, Briquet lui-même, ont mis la coprolalie sur le compte de l'hystérie. A mon avis, c'est là une erreur qu'il importe de relever. Nous devons nous efforcer de dégager l'hystérie d'une foule de matériaux étrangers qu'on voudrait y introduire et qui ne font qu'encombrer un domaine nosographique déjà si chargé. L'hystérie et la maladie des tics, peuvent coexister, mais celle-ci ne dérive pas de celle-là ou inversement.

Avant d'en finir je voudrais insister encore sur un point relatif à l'étiologie des bruits laryngés hystériques. Il existe dans cette catégorie un bon nombre d'exemples qui démontrent que ces bruits peuvent se transmettre d'un sujet à un autre par une sorte de contagion nerveuse. On pourrait citer plusieurs épi-

démies d'aboiement, de miaulement produites par ce mécanisme, qui ont été observées dans des asiles, des couvents, des écoles et ont affecté non seulement des filles mais encore des garçons. Briquet cite plusieurs exemples du genre [1]. Je vous disais en commençant que la première malade que je vous ai montrée aujourd'hui avait très vraisemblablement contracté ce syndrôme hystérique au contact d'une autre hystérique affectée de la même façon. Je sais, par expérience, que dans les services ou de nombreux névropathes se trouvent en promiscuité, les bruits laryngés soit hystériques, soit appartenant à la maladie des tics figurent au premier rang parmi ceux qui le plus facilement se transmettent par voie de contagion. Je puis citer un cas de ma pratique où l'origine contagieuse d'un bruit laryngé hystérique n'est pas douteuse. Il s'agit d'un jeune garçon russe, âgé d'une douzaine d'années, qui présent au moment où sa mère, s'étant pris un doigt dans une porte, poussa un cri de surprise et de douleur, se mit immédiatement à proférer ce même cri; et à partir de cette époque il a continué à le proférer involontairement, presque incessamment, pendant le jour, à des intervalles à peu près égaux, s'arrêtant seulement la nuit, pendant le sommeil; cela a duré plusieurs mois.

Je suis en mesure, messieurs, de vous montrer expérimentalement l'une au moins des circonstances où cette contagion nerveuse peut s'opérer dans conditions particulièrement favorables à l'analyse. Voici une jeune fille hystérique qui, artificiellement endormie,

[1] *Traité de l'hystérie*, p. 317.

présente les phénomènes du grand hypnotisme avec trois états classiques. Elle vient d'être placée dans l'état somnambulique, je la fais asseoir face à face devant la nommée Bill..., qui pousse son cri rythmé comme de plus belle : à l'état de veille, remarquez le bien, Gr...ard a entendu maintes et maintes fois, Bill... qui vit dans la même salle qu'elle, proférer son bruit du matin au soir, sans en être particulièrement impressionnée ; mais dans l'état somnambulique cela sera, vous allez le constater, tout autre chose.

La représentation mentale d'un acte, a dit H. Spencer, c'est déjà l'acte en puissance, l'acte sous une forme affaiblie, l'acte en germe. La pensée, a dit Bain, est une parole ou un acte contenus. Cela est vrai surtout dans les cas particuliers où cette collection d'idées associées qu'on appelle le moi est obnubilée. Or justement ce cas se présente à un haut degré dans l'état somnambulique hypnotique où le jugement est affaibli, la volonté à peu près impuissante. Les idées suggérées en pareille circonstance et en particulier les représentations mentales d'un acte, se développent à l'abri de l'influence de la volonté, de la critique du moi et par ce fait même elles acquièrent, on le comprend, une intensité énorme, avec une tendance pour ainsi dire invincible à s'extérioriser, à se réaliser par l'acte même. Notre sujet Gr...rd, placée justement dans les conditions mentales que nous venons d'indiquer, entend les bruits laryngés proférés par Bill... et en même temps, elle se remet en mémoire par association d'idées, bien qu'elle ne la regarde pas en ce moment, les grimaces que fait cette malade chaque fois qu'elle pousse son cri. Ces représentations auditives et visuelles acquiè-

rent en ces conditions une puissance de réalisation en quelque sorte invincible. Elles se réalisent, en effet, après une légère résistance, bientôt vaincue, du sujet, et l'imitation, vous le voyez, est à peu près parfaite. Il en serait de même, ne l'oubliez pas, si notre somnambule se fut trouvée en présence, non plus d'une hystérique, mais bien d'une tiqueuse, d'une coprolalique. Et ce cas-là est bien intéressant à considérer car la coprolalie, le tic spasmodique ainsi acquis par imitation hystérique, n'auront évidemment pas le même caractère, le même pronostic que ceux qui se développent spontanément, en dehors de l'hystérie. Ces dernières résisteront, hélas! le plus souvent aux traitements les mieux dirigés, tandis qu'on peut affirmer que les tics imités, les tics de simulation hystérique comme on pourrait les appeler, guériront facilement par la mise en jeu des moyens appropriés. Il y a donc a établir ici une importante distinction nosographique et clinique sur laquelle j'appelle toute votre attention.

La démonstration dont je viens de vous rendre témoins, peut se passer de longs commentaires. Il est facile d'imaginer que sans intervention d'hypnotisme, il puisse se produire dans une institution, dans un couvent, sous l'influence de certaines préoccupations religieuses, ou du récit d'un événement propre à frapper fortement de jeunes esprits, un état psychique analogue à celui qui s'observe, sous une forme typique, dans le somnambulisme artificiel. Et dans ces conditions-là, on le comprend aisément, l'apparition, chez un des membres du groupe, d'une affection reproduisant un aboiement, un miaulement, pourra être l'occasion d'une

épidémie d'imitations menaçant d'envahir le groupe tout entier. Il est clair que la dispersion, la dissémination du groupe est le plus sûr moyen qui, en pareil cas, devra être opposé à la propagation du mal ; c'est d'ailleurs là un point sur lequel tous les médecins s'entendent depuis longtemps d'un commun accord, et l'intervention récente du mot de « suggestion », auquel on semble aujourd'hui conférer un pouvoir explicatif, magique, à l'interprétation des phénomènes de ce genre, ne me semble pas avoir changé grand'chose à ce qu'on en savait déjà.

RECUEIL DE FAITS

ASTASIE-ABASIE A TYPE CHORÉIQUE. ARRÊT INSTANTANÉ DE L'ASTASIE-ABASIE PAR LA PRESSION DE CERTAINES REGIONS,

Par le Dr E. WEILL,

Médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Lyon.

Les cas d'astasie-abasie se multiplient de jour en jour. Le syndrome est déjà suffisamment dégagé pour qu'il soit inutile de publier des observations qui fassent nombre. Si nous jugeons convenable de présenter un fait nouveau, c'est pour appeler l'attention sur un phénomène qui jusqu'à présent n'a été signalé par aucun auteur.

Observation. — Lamb., vingt-huit ans, lingère, célibataire, hôpital Saint-Pothin, salle Sainte-Marthe, 1. Entrée le 6 juin 1891.

Antécédents héréditaires. — Père mort aliéné dans un asile de Lausanne. Mère morte à quarante-sept ans d'une tuberculose pulmonaire, n'a jamais eu de crises de nerfs.

Un frère mort à un an de convulsions.

Trois sœurs, ayant une santé délicate, mais sans signes de nervosisme.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à dix-sept ans, irrégulièrement avec leucorrhée intermittente. A été élevée dans un orphelinat, n'a subi ni privations ni fatigues.

S'est bien portée jusqu'à l'âge de vingt et un ans, malgré des chagrins et des préoccupations continuels. A vingt et un ans, elle contracte la variole et pendant la convalescence de celle-ci fut prise d'un hoquet convulsif, bigéminé, procédant par deux secousses successives, accompagné d'une sensation de gêne au cou et à la partie supérieure du sternum. Ce hoquet revenait régulièrement toutes les cinq ou dix minutes. Il persista pendant trois ans, sans s'accompagner d'aucune autre manifestation nerveuse. Cela résulte des notes que m'a obligeamment remises mon collègue, M. Carrier, qui eut l'occasion de l'observer à cette période. Certaines influences cependant le suspendaient momentanément, l'application d'un courant faradique, un pôle au cou, l'autre à la région épigastrique, la compression d'un des ovaires qui présentait d'ailleurs de l'ovarie, et les injections de morphine.

Au bout de trois ans, le hoquet disparut et de vingt-quatre à vingt-sept ans, Lamb. complètement guérie séjourna dans un autre orphelinat où sa santé fut assez bonne.

Au mois d'avril 1891, elle prend une fièvre typhoïde, et dans la convalescence de celle-ci, on voit éclater trois catégories d'accidents : 1° des crises d'hystérie convulsive au nombre de trois, en l'espace d'un mois, avec conservation de sa connaissance. Ce sont les seules qu'elle ait jamais présentées; 2° des accès de hoquet bruyant analogue à celui qu'elle avait eu antérieurement, s'en distinguant cependant par ce fait que les accès au lieu de comprendre deux secousses, comprenaient de vingt à cent secousses, et qu'au lieu de revenir régulièrement toutes les cinq ou six minutes, ils ne se montraient que quatre ou cinq fois par jour. De plus le hoquet s'accompagnait de mouvements convulsifs synchrones, affectant le même rythme, des deux membres supérieurs; 3° Dans le même temps se sont montrés du côté des membres inférieurs des phénomènes d'incoordination motrice, qui ne se surgissaient qu'à l'occasion de la station debout et de la marche, et sur lesquels nous allons revenir.

Actuellement, novembre 1891, Lamb. présente un teint pâle, une certaine maigreur. On ne constate rien d'anormal du côté du cœur, du poumon, du tube digestif ou de l'urine. On ne trouve ni ovarie, ni zone hystérogène en aucun point du corps. Le réflexe pharyngien persiste ainsi que la sensibilité cornéenne. La vision des couleurs se fait parfaitement. Mais la vue a baissé depuis un mois au point que la malade ne peut plus faire de travaux à l'ai-

guille. Il existe des deux côtés un rétrécissement concentrique très notable du champ visuel.

La pression est douloureuse à l'épigastre et au niveau de la colonne lombaire, sans déterminer de sensation à distance.

Il existe une anesthésie au contact et à la douleur sur les deux pieds et les deux jambes, s'élevant plus haut en avant qu'en arrière de façon à dessiner une botte à l'écuyère.

Les réflexes cutanés sont normaux.

Les réflexes du genou et du coude sont très exagérés, de même l'abaissement brusque de la rotule détermine une trépidation du triceps; mais il n'y a pas de trépidation plantaire. La percussion des tendons des fléchisseurs de la jambe et des extenseurs des doigts n'est pas suivie d'effet.

Au lit, Lamb. présente l'intégrité complète des mouvements de ses membres inférieurs. Elle résiste aux mouvements communiqués et accomplit les mouvements commandés. Lorsqu'on soulève, au-dessus du lit le membre inférieur droit, il se produit une légère raideur des muscles postérieurs de la cuisse, raideur qui disparaît si on insiste. La notion de position des membres est conservée.

Si on la fait tenir debout, Lamb. présente immédiatement un grand désordre musculaire. Les cuisses fléchissent brusquement sur les jambes (mouvement d'accroupissement), les orteils s'étendent, quittent le sol et le corps ne repose plus que sur les talons. Très rapidement il y a un mouvement brusque de redressement du corps qui se jette en arrière, et la malade tomberait avec force si on ne la maintenait. Ces phénomènes, si Lamb. est soutenue sous les deux bras, se répètent sans s'arrêter avec une rapidité singulière, jusqu'à ce qu'elle demande grâce et qu'on la recouche.

La marche est absolument impossible, soit la marche à quatre pattes, soit le saut, soit la marche à cloche-pied. L'occlusion des yeux ne modifie pas ces phénomènes.

Jusqu'ici le syndrôme présenté par Lamb. est analogue à ce que M. Charcot a décrit sous le nom d'astasie choréique et ne présente rien de particulier, si ce n'est son intensité même, et aussi son apparition constante dans tous les modes de locomotion. Mais ce qui fait son intérêt, c'est qu'on peut par certains artifices, permettre à Lamb. de se tenir debout et même de marcher. Pour cela, il suffit de presser sur les épaules, la partie postérieure du tronc et les régions fessières. Dans ces conditions, les secousses convulsives des muscles s'arrêtent, la station et la locomotion s'effectuent avec leurs caractères habituels. L'effet est instantané, et dure autant que la pression des zones mentionnées, mais qu'on suspende la pression, instantanément le trouble de l'équilibre renaît.

Remarquons qu'en aucun des points d'inhibition, on ne trouve de zones hystérogènes.

Les symptômes que nous venons de décrire ne se sont pas toujours montrés avec ce développement. Au début de son séjour, Lamb. faisait quelques pas en chancelant, en oscillant, mais gardait néanmoins son équilibre. Quand elle avait fait cinq ou six pas, elle pliait sur ses genoux, puis se redressait et recommençait à marcher. Ce n'est que depuis un mois et à la suite d'un embarras gastrique fébrile, que le trouble s'est accentué et est arrivé à son apogée.

Depuis qu'elle est dans le service, Lamb. est sujette aussi à ses accès de hoquet, accompagnés de mouvements rythmiques des membres supérieurs, qui tantôt s'écartent et se rapprochent du tronc, rappelant un battement d'ailes, tantôt oscillent d'avant en arrière, comme pour prendre un élan. La malade use de la morphine quotidiennement à la dose de 1 centigr. par jour, et espace ainsi ses accès qui autrement seraient à peu près continus.

Nous l'avons privée de morphine à plusieurs reprises, et le hoquet a persisté dix-huit heures de suite par accès espacés de cinq minutes. La température rectale ne s'était pas élevée dans ces conditions.

Je dois signaler que l'embarras gastrique fébrile qu'elle présenta au mois de septembre suspendit son hoquet, mais n'exerça aucune influence sur l'astasie. De plus la pression des zones postérieures du tronc qui supprime les troubles musculaires relatifs à la station debout n'exerce aucune influence sur le hoquet.

Ce phénomène si singulier de la restitution de l'harmonie musculaire par la simple compression des épaules ou du tronc, conduisait à supposer qu'il s'agissait là d'une sorte d'arrêt exercé sur la moelle en état d'hyperexcitabilité. On pouvait penser que si des spasmes musculaires étaient provoqués par la station debout, c'est qu'une excitation très vive s'en suivait dont le point de départ pouvait être rapporté à la région plantaire ou aux tendons des muscles. Or les piqûres, les pincements, les pressions sur la plante, n'ont aucun effet. La malade étant assise, on peut vigoureusement appuyer sur le genou, sans rien déterminer. D'autre part, si on pince le tendon rotulien et tous les tendons accessibles, ou qu'on agisse plus physiologiquement encore sur eux par une électrisation intense

des muscles qui s'y relient, on ne constate toujours que des phénomènes négatifs.

C'est donc véritablement d'astasie qu'il s'agit dans notre cas, c'est le centre automatique spinal de la marche qui est seul en jeu. Certaines cellules de ce centre présentent une activité exagérée par rapport aux autres, et la pression du tronc arrête cet excès d'activité.

Y aurait-il des relations physiologiques entre le centre automatique de la marche et les régions cutanées que nous avons vu être des zones d'inhibition pour les mouvements convulsifs astasiques, la question ne peut qu'être posée.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. HÉMIATROPHIE FACIALE PROGRESSIVE, par M. le professeur POPOFF. (*Revue médicale de Moscou*, 1890, n° 22.)

M. le professeur N. Popoff (de Varsovie) décrit un cas d'hémiatrophie faciale progressive chez une jeune fille de vingt-cinq ans, sortant d'une famille complètement indemne d'antécédents neuro ou psychopathiques. Elle n'était réglée qu'à vingt-deux ans, et à partir de cette époque, avant chaque période menstruelle, elle éprouve un malaise général, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur à la tête, des vertiges. Depuis l'âge de dix-sept ans, la moitié droite de sa face était toujours plus pâle que la gauche. A vingt et un ans, la région temporale droite commence à présenter un enfoncement qui devient de plus en plus marqué, de sorte que, vers l'âge de vingt-quatre ans, toute la moitié droite de la face paraît manifestement amaigrie; cet amaigrissement était accompagné d'une forte odontalgie de la moitié droite de la mâchoire inférieure. A part cette hémiatrophie faciale, la malade est d'une constitution très forte et sa nutrition générale paraît parfaite. Déjà un coup d'œil superficiel suffit pour constater combien son visage est défiguré; la fosse canine est littéralement creusée à droite; le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles ont complètement disparu à ce niveau et le fond osseux est recouvert immédiatement par une peau très amincie, glabre, sèche, dépourvue de poils. La face présente une grande asymétrie qui est encore plus manifeste dans les mouvements mimiques. Les parties profondes ne sont pas épar-

gnées : la moitié droite de la langue est atrophiée, la carie dentaire est beaucoup plus prononcée du côté droit, la moitié droite du voile du palais est plus mince que la moitié gauche. La réaction électro-musculaire de la moitié droite de la face est nettement exagérée aussi bien avec le courant interrompu, qu'avec le courant continu. L'excitation de la peau avec le courant interrompu provoque une rougeur beaucoup plus faible sur le côté atrophié de la face que sur le côté sain. Les deux pupilles sont égales, moyennement dilatées et réagissent régulièrement à la lumière et à la distance. Du côté des grands vaisseaux de la face et du cou, on n'observe pas des modifications notables. La sensibilité cutanée est normale. Tous les organes sensoriels fonctionnent très régulièrement.

Cet ensemble clinique met l'hémiatrophie faciale progressive, dans ce cas particulier, en rapport avec une lésion probable du grand sympathique : le début de l'affection par une pâleur d'une moitié de la face, l'apparition des phénomènes atrophiques deux ans après ce début, la différence qui existe encore actuellement dans la coloration des deux moitiés de la face, sous l'influence d'une excitation avec un courant interrompu, l'apparition des règles à une époque tardive, malgré l'état parfait de la nutrition générale de la malade, — tous ces signes militent en faveur d'une lésion du sympathique dans le cas de M. Popoff. On sait que l'hémiatrophie faciale progressive n'a pas toujours pour cause cette lésion; une névrite périphérique du trijumeau [1], une lésion profonde du même nerf (comme, par exemple, tumeur de la dure-mère comprimant le ganglion de Gosser et les branches du trijumeau dans l'observation de Homen) peuvent également déterminer le même syndrome clinique. Il est probable qu'une analyse détaillée pourrait permettre de trouver encore d'autres causes anatomo-pathologiques de l'hémiatrophie faciale progressive. J. Roubinovitch.

II. Contribution a la connaissance de l'hémiatrophie faciale et de l'origine du trijumeau; par E.-A. Homers. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Observation montrant que le trijumeau a dégénéré dans son trajet protubérantiel et qu'il était surtout lésé dans sa portion sensitive ou grande portion — que la racine ascendante du nerf est surtout sensitive — que sa racine cérébelleuse contient principalement des fibres sensitives — que sa racine descendante est, au moins partiellement, motrice, ou, peut-être, trophique, du moins que la racine issue de la substance ferrugineuse. Le facial et quel-

[1] Cas publiés par Virchow et Mendel dans *Berl. Klin. Wochensch.*, 1888, n° 19.

ques-unes de ses branches présentaient quelques fibres dégénérées, probablement parce qu'il reçoit un apport du grand nerf pétreux superficiel ; ce dernier nerf était, dans son trajet intercrânien, lésé par la tumeur comme le trijumeau, aussi y avait-il un léger trouble de la motilité et de la moitié gauche de la face et une diminution considérable des mouvements de l'œil gauche. P. K.

III. Hémiplégie basale; par E. Remak. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Blépharoptose droite avec une parésie du droit supérieur. Hémianopsie gauche avec rotation habituelle de la tête à gauche sous la réaction pupillaire de l'hémianopsie. Atrophie partielle du nerf optique. Légère parésie spasmodique de l'extrémité inférieure gauche. Tels sont les signes d'un processus chronique progressif qui dure depuis six ans chez un jeune garçon de treize ans. Diagnostic de la nature de la lésion impossible. P. K.

IV. Paralysie isolée du long fléchisseur du pouce par surmenage (*paralysie des tambours*); par Brunn. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Début par des douleurs dans l'avant-bras et l'éminence thénar gauche. Tout à coup, paralysie, immobilité complète du pouce de ce côté (mouvements voulus de la dernière phalange impossibles, mouvements passifs subis sans résistance). Impossibilité de maintenir la baguette. Le long fléchisseur du pouce reste réfractaire à toute excitation; tous les muscles innervés par le médian, se contractent excepté lui. Diagnostic : névrite périphérique par excès de travail. Amélioration par l'électricité et le massage. P. K.

V. Contribution a la question du myxœdème ; par E. Kraepelin. (*Neurol. Centralb.*, 1890.)

Observation de myxœdème au début offrant ceci de saillant : absence de troubles de la parole et de la voix, de troubles trophiques des cheveux et des dents (à cause de la période initiale de la maladie). Infiltration sous-cutanée, mais sans sécheresse ni rudesse de la peau, fréquentes sudations. Démence à peine marquée, mais anxiété très prononcée. Tremblement rappelant celui de l'alcoolisme, mais en différant (voyez les tracés). Hypérexcitabilité mécanique du facial inférieur, comme dans la tétanie. P. K.

VI. Contribution a la théorie de l'aphasie; par K. Cramer. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 1.)

Observation complète (au point de vue clinique et anatomo-pathologique) d'aphasie sensorielle. Surdité verbale et paraphasie. Le malade ne peut parler spontanément, répéter les mots, lire à

haute voix, il ne peut écrire spontanément ni à la dictée; il lui est impossible d'énoncer les nombres complexes mais il opère sur les nombres dans leur ensemble. Il existe un foyer dans le lobe temporal gauche; l'écorce et la substance blanche des deux tiers postérieurs de la 1re et de la 2e temporale sont détruits; la partie profonde de la substance blanche du lobule pariétal inférieur est sclérosée jusqu'à l'épendyme du prolongement occipital et sphénoïdal du ventricule latéral. P. K.

VII. Contribution a la connaissance de l'ataxie héréditaire et de l'atrophie cérébelleuse; par P. Menzel. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 1.)

Observation avec autopsie constituant le tabes de Friedreich; en sus, lésions des centres de coordination (cervelet, tubercules quadrijumeaux, protubérance; pédoncules cérébelleux) et des zones radiculaires postérieures. Il est probable que le type se compose d'une affection systématique de la moelle entée sur un arrêt de développement (ataxie héréditaire) et d'une lésion coexistante également congéniale (7e à 8e mois embryonnaire) du cervelet, de la protubérance, du bulbe. Le premier facteur anatomique est le plus important : il entraîne d'une façon immédiate, mais lente et continue, les phénomènes morbides; l'affection cérébelleuse, joue le rôle d'un élément pathogénétique adjuvant. P. K.

VIII. Hydrocéphalie : ponctions des ventricules; par Illingworth, (*British med. Journ.*, 4 avril 1891, p. 755.)

Les notes du Dr Lowson sur l'importance du drainage après la ponction m'ont conduit à rapporter le cas suivant :

A. H..., garçon, âgé de trois ans, était hydrocéphale depuis l'âge de neuf mois, son état s'aggravait lentement, mais n'empêchait pas le développement intellectuel. Les parents vinrent me consulter au mois de mai 1890. Je trouvai que la tête était atteinte d'une façon marquée, d'une circonférence de 24 pouces; la fontanelle antérieure ouverte et à pulsations visibles.

J'essayai l'effet dérivatif de préparations mercurielles, du chloral et du bromure contre l'insomnie et les douleurs dont l'enfant souffrait; ce traitement réussit pendant quelque temps; mais sa situation s'aggrava tellement que je conseillait aux parents de lui faire faire la ponction des ventricules.

Le 29 juin, je passai un trocard de Sonthey dans l'angle antérieur et extérieur de la fontanelle antérieure, en bas et en dedans profondément; l'enfant avait d'abord été anesthésié. Quand j'eus atteint le ventricule, un jet de liquide clair et séreux jaillit à deux pieds de la canule. J'en retirai deux onces, et j'introduisis ensuite une canule à collet à laquelle on pouvait attacher des rubans.

Le pansement employé était une solution de bi-iodure de mercure à 1/2000 dans laquelle on trempait des compresses de toile, recouvertes de gutta-percha, et changées de temps en temps par la mère du malade.

On continua l'usage du drain pendant quelques jours, mais au bout d'une semaine environ, la canule sortit de la plaie, chassée par les progrès de la cicatrisation. La proéminence de la fontanelle antérieure fut remplacée par une dépression marquée, et l'enfant guérit sans aucun mauvais symptôme. M. D.

IX. LE CHAMP VISUEL DES HYSTÉRIQUES A L'ÉTAT DE VEILLE ET PENDANT L'ÉTAT HYPNOTIQUE; par E. E. MORAVCSIK. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, hémianesthésique à gauche, qui présente un rétrécissement concentrique du champ visuel et des couleurs des deux yeux, mais surtout à gauche.

A l'état de veille, les excitants périphériques augmentent le champ visuel, surtout quand on sollicite l'olfactif (éther), et l'auditif; cet agrandissement du champ visuel est plus marqué à gauche; la perception du blanc provoque dans les extrémités supérieures une sorte de convulsion fulgurante. Ce dernier phénomène se produit également pendant l'hypnose. L'état hypnotique agrandit le champ visuel; les excitants périphériques provoquent dans cet état les mêmes effets qu'à l'état de veille; une suggestion triste se traduit par le rétrécissement du champ visuel qui se dilate sous l'influence d'une suggestion gaie; le champ visuel disparaît du côté où l'on suggère à la malade qu'elle a perdu la vue. P. K.

X. NOTES SUR QUELQUES CAS D'ATROPHIE ET D'HYPERTROPHIE DU CERVELET; par BOURSOUT. (*Ann. méd.-psychol.*, mai 1891.)

Les fonctions du cervelet sont encore aujourd'hui loin d'être précises.

Pour servir de documents à l'étude de cet organe, M. Boursout apporte une série d'observations comprenant quatre cas d'atrophie du cervelet et huit cas d'hypertrophie.

Les cas d'atrophie sont pris sur des idiots. Dans l'une des observations le malade, d'une constitution robuste en apparence, ne peut en réalité se tenir debout et décrit des zigzags comme un homme ivre. Deux autres idiots à cervelet atrophiés présentent un affaiblissement musculaire rendant la locomotion impossible. Enfin un débile, dont le cervelet ne pesait que 80 grammes, présentait des accès d'intempérance génésique extraordinaire, ce qui démontre une fois de plus l'inanité de la théorie de Gall, admettant une corrélation entre le développement du cervelet et le penchant à l'amour physique.

Contrairement encore au système de Gall, la petitesse de l'organe cérébelleux n'était pas liée à une altération des parties sexuelles, car le pénis et les testicules ne laissaient rien à désirer sous le rapport de la conformation et du développement.

Les observations d'hypertrophie du cervelet, dans lesquelles le poids de cet organe a varié de 200 à 256 grammes, présentent aussi plusieurs particularités intéressantes. Tout d'abord, dans aucun des huit cas, on ne rencontre d'excitation du sens génital, ce qui vient confirmer les objections faites à la théorie de Gall.

Mais un fait plus curieux est que chez trois des huit malades ayant présenté de l'hypertrophie du cervelet, il existait un défaut d'énergie musculaire des plus manifestes avec affaiblissement des membres inférieurs.

Conclusions : 1° l'influence génitale du cervelet fait totalement défaut dans ces observations d'atrophie et d'hypertrophie sauf dans un cas d'exaltation de la sphère génitale chez un individu dont le cervelet pesait seulement 80 grammes.

2° Des faits cliniques et anatomo-pathologiques recueillis dans ce travail, on peut déduire que le cervelet peut créer et équilibrer les mouvements; mais l'augmentation du volume du cervelet n'est pas toujours et nécessairement une garantie pour l'équilibration des mouvements puisque dans les observations citées, l'hypertrophie et l'atrophie entraînent, l'une comme l'autre, une insuffisance locomotrice. E. B.

XI. Le mécanisme de l'ictus apoplectique : l'embolie; par R. Geigel. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1890.)

L'obturation subite d'une artère cérébrale produit-elle, par suite des modifications qui se produisent dans le territoire vasculaire envisagé, un effet mécanique capable d'agir à distance sur les provinces cérébrales non directement atteintes et d'amener, par suite, l'ictus apoplectique d'ailleurs transitoire? La réponse est affirmative, suivant des schémas d'hydrodynamique avec formules mathématiques. P. Keraval.

XII. Contribution a la théorie de l'hypnotisme; par A. Lehmann. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1890.)

L'hypnotisation, quel qu'en soit le procédé (suggestion, fixation d'un objet brillant, impression d'un corps sonore, impressions magnétiques) concentrent sur un point l'attention du sujet. Or que l'attention soit involontaire (sollicitation extérieur) ou volontaire elle est un réflexe vasomoteur qui entraîne l'afflux du courant sanguin dans l'encéphale et provoque ainsi un excès de travail de l'élément pensant du sensorium d'où l'espèce de concentration du moi. P. K.

XIII. Contribution a la pathologie des tumeurs cérébrales; par H. Oppenheim. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXII, 1.)

Fin du mémoire déjà analysé dans les *Archives de Neurologie.* Cette dernière partie est l'étude analytique des 23 observations présentées avec entreprise. Dans 20 cas (soit 86 p. 100) on peut diagnostiquer la tumeur avec certitude, dans 3 cas le diagnostic ne put en être établi, surtout parce que l'on ne trouva la pupille étranglée. Malheureusement, elle est loin de constituer un signe du début, il n'est pas rare qu'elle ne se manifeste que dans les derniers stades. A cet égard, les conclusions suivantes sont bonnes à méditer.

1. Les cas dans lesquels le fond de l'œil est resté normal jusqu'à la mort sont très rares; et alors on ne trouve pas d'autres signes d'exagération de la pression intra-cérébrale. — 2. Dans l'immense majorité des cas, il y a névrite optique de pupille étranglée; celle-ci est la plus fréquente des deux, elle se développe à la suite de la première et indique que l'excès de pression intra-cérébrale est déjà ancien.

La pupille étranglée est le signe le plus important d'une tumeur cérébrale, après lui viennent l'obtusion intellectuelle et le sopor. Les aphasies, les troubles de la motilité, les troubles de la sensibilité, les paralysies des muscles de l'œil, la démence sarcastique avec propos triviaux, la sensibilité du crâne à la percussion permettent de localiser le néoplasme autant que possible. M. Oppenheim étudie avec soin ces différents éléments morbides. Il essaie d'asseoir les bases d'une intervention chirurgicale et rapporte les cas d'extirpation pratiquée par les auteurs. Il conclut en ces termes:

Pour diagnostiquer une tumeur cérébrale, il faut qu'il existe des symptômes de pression cérébrale, mais ces symptômes n'assurent pas la localisation. En revanche les cas dans lesquels on constate nettement des symptômes de lésions un foyer tandis que les phénomènes généraux d'origine cérébrale sont peu développés, permettent d'espérer un résultat d'une opération chirurgicale, mais aussi dans ces cas il peut arriver que le diagnostic tumeur soit inadmissible ou simplement hypothétique.

P. Keraval.

XIV. Monoplégie hystérique; par H. Determann. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Observation de monoplégie du membre inférieur gauche chez un homme de quarante-deux ans. Paralysie de la motilité avec contracture, anesthésie, mais conservation partielle de la sensibilité à la douleur. Zone d'anesthésie nettement délimitée, rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés. Diplopie

monoculaire de l'œil droit. Amblyopie, surtout à droite. Traitement efficace au pinceau galvano-faradique (24 éléments, très fort courant faradique). P. K.

XV. D'UNE PARALYSIE CONGÉNITALE UNILATÉRALE DU TRIJUMEAU, DE L'OCULO-MOTEUR EXTERNE ET DU FACIAL; par M. BERNHARDT. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Accouchement normal. Aussitôt après, paralysie de la moitié droite de la face; impossibilité de téter. Puis l'enfant tette bien: cinq à six semaines plus tard, kératite neuro-paralytique de l'œil droit, anesthésie des trois branches de trijumeau de ce côté, déviation du même œil en dedans, contracture secondaire en dedans de l'œil gauche. C'est tout. Une tante maternelle est atteinte de paralysie cérébrale spasmodique et d'épilepsie, depuis sa jeunesse. Un traitement électrique méthodique et prudent ne produit pas de résultat. L'enfant meurt de bronchite à l'âge de huit mois et demi. On trouve: un ramollissement superficiel de la moitié droite de la protubérance; un ramollissement profond de tout le tubercule quadrijumeau inférieur droit et de la plus grande partie des couches supérieures du tubercule supérieur du même côté. Intégrité des moyennes des nerfs. P. K.

XVI. D'UNE PARALYSIE ISOLÉE DU NERF SUS-SCAPULAIRE GAUCHE; par SPERLING. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Une femme de cinquante ans, sans avoir subi de traumatismes, indemne de rhumatismes, ressent soudain une violente douleur dans l'épaule gauche, qui se propage au bras et au coude; il lui semble qu'elle a une plaie dans les os. Le bras gauche paralysé ne peut être levé. Cet état s'améliore en huit jours, mais trois semaines après on constate encore que le membre se porte difficilement en haut, en avant, et latéralement. Cinq mois de galvanisation améliorent singulièrement la motilité; des troubles trophiques, qui s'étaient produits dans l'épaule gauche, cèdent aussi. Réaction dégénérative partielle du sous-épineux. En somme, trois stades:

1° Paralysie complète du bras gauche;

2° Paralysie du sus-épineux et du sous-épineux;

3° Paralysie avec atrophie du sous-épineux seul, ayant passé inaperçue à cause de la fonction compensative du petit rond.

La première période est due à une paralysie (par névrite) du brachial entier, puis, pour des causes inconnues, la névrite se localise dans une branche, dans le nerf sus-scapulaire. P. K.

XVII. D'UNE NÉVROSE PEU COMMUNE DE LA LANGUE ET DE LA CAVITÉ BUCCALE; par M. BERNHARDT. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Chez trois femmes et deux hommes âgés de plus de trente ans, sensation désagréable de picotement et de brûlure dans la langue (de la pointe à la base) qui s'étend à toute la muqueuse buccale tantôt sous forme d'accès, tantôt à l'état permanent. Sommeil et souvent paroles impossibles. Intégrité des organes, excepté dans un cas (muqueuse buccale plissée et fissurée). Obsessions hypochondriaques; craintes d'un cancer. Le traitement le plus efficace fut l'électrisation de la langue et du palais à l'aide des courants intermittants et continus. P. K.

XVIII. SUR UN CAS D'ATHÉTOSE SPASMODIQUE; par S.-H. SCHEIBER. (*Arch. f. Psych.*, XLXII, 1.)

Cas d'athétose spasmodique chez un jeune garçon de seize ans; hémiplégie consécutive à une hémorrhagie du tiers postérieur de la capsule interne du côté droit. Il n'est pas habituel de voir le facial supérieur pris. Cette complication provient de l'altération du faisceau pyramidal entier. Action favorable des courants continus du bromure et de l'iodure de potassium. P. K.

XIX. GONFLEMENT DES PHALANGETTES DES DOIGTS. TROUBLE TROPHIQUE ENCORE INCONNU; par O. ROSENBACH. (*Centralb. f. Nervenheilk.*, 1890.)

Augmentation de volume de l'extrémité articulaire de ces organes des troisième et quatrième doigts (consistance de l'exostose), chez des femmes de trente à quarante ans, aisées, de constitution nerveuse au moment de la ménopause. Douleurs, paresthésies, dans l'avant-bras et les doigts, sur le trajet et la sphère d'évolution du cubital, voire du radial et du médian. Intégrité du tact. Affection symétrique mais inégalement symétrique quant à l'intensité. Diagnostic différentiel d'avec les arthrites goutteuses ou non. C'est une périostose probable mais non une périostite; d'origine presque certainement nerveuse (prolification du périoste et des ligaments par trouble trophique). P. K.

XX. CONTRIBUTION A LA CASUISTIQUE DE LA SYRINGOMYÉLIE; par P. ROSENBACH et A. SCHTTSCHERBACH. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Nouvelle observation caractérisée par l'explosion sourde de l'affection. Il est probable que la maladie existait à l'état latent jusqu'au jour où un léger traumatisme lui a donné le coup de fouet

(parésie subite des extrémités droites), il s'agit dans l'espèce vraisemblablement d'une myélite péri-épendymaire procédant par poussées. P. K.

XXI. Atrophie musculaire et altération de l'excitabilité électrique dans les cas de foyers cérébraux; par C. Eisenlohr. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Voici deux obervations avec autopsie. A une époque peu éloignée de la paralysie d'origine cérébrale, on constate de l'atrophie musculaire des membres atteints, de concert avec des anomalies qualitatives et l'excitabilité galvanique (contraction électrique lente avec prédominance de an S Z). Les accidents sont particulièrement marqués sur l'éminence thénar et hypothénar. Intégrité des nerfs et des muscles. C'est à l'altération des faisceaux pyramidaux qu'il faut attribuer ces phénomènes. Quant à la région cérébrale trophique, il est jusqu'à nouvel ordre impossible de la préciser. P. K.

XXII. De la paraplégie sénile; par W.-R. Gowers. (*Centralb. f. Nervenheilk.*, 1890.)

Mémoire écrit en anglais.

Affection sévissant chez des hommes et des femmes de plus de cinquante ans.

Elle est caractérisée par une faiblesse graduelle des jambes avec rigidité sans spasme paroxystique.

La force musculaire a diminué. Aucun trouble de la sensibilité ni des réflexes. C'est une affection de même nature que la paralysie agitante; très souvent on constate la même attitude et un léger tremblement des mains avec altération de la voix. P. K.

XXIII. Le tabes dorsal est-il une affection systématique? par P. Flechsig. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Les altérations du tabes suivent, dans la majorité des cas, l'organisation fœtale et non la marche de la dégénérescence secondaire des cordons postérieurs.

Voici d'après l'auteur, suivant l'ordre de développement des manchons de myéline, l'origine et la terminaison des fibres nerveuses dans les diverses zones fœtales.

1. La zone des racines antérieures reçoit beaucoup de fibres directement des racines postérieures, mais il est impossible de constater sûrement cette origine pour toutes les fibres. Les fibres en question s'infléchissent après un trajet plus ou moins long dans les cordons postérieurs et gagnent les cordes postérieures dans la partie antérieure desquelles elles se terminent, sans qu'on en puisse préciser la terminaison. Elles se détour-

nent pour la plupart des colonnes de Clarke avec lesquelles elles n'ont rien à faire. Les fibres les plus antérieures paraissent avoir leur plus long trajet dans les cordons postérieurs. — 2. Les fibres du premier système de la zone radiculaire moyenne émanent, dans leur ensemble, des fibres radiculaires postérieures; après avoir fourni généralement un court trajet dans les cordes postérieures, elles aboutissent en grande partie au réseau des fibres des colonnes de Clarke. Là où il n'y a pas de colonnes de Clarke, notamment dans les renflements, les fibres se dirigent vers la zone limitrophe des cordes antérieures et postérieures; impossible de savoir où elles se terminent. Il est probable qu'elles ont pour équivalents des trousseaux de fibres qui entrent directement des racines postérieures dans les cornes postérieures et, après avoir traversé ces dernières, s'infléchissent longitudinalement en avant de la substance gélatineuse, soit en montant, soit en descendant. — 3. Quant aux fibres placées dans la zone médiane, impossible d'en savoir plus long. — 4. En ce qui concerne les cordons de Goll chez le fœtus, on n'a pas de preuve qu'ils viennent directement des racines postérieures. On les voit nettement à l'état de trousseaux compacts dans la région de la dixième paire dorsale. Puis, bien plus bas, ils sont disséminés sur toute la surface de la coupe transverse de la zone radiculaire moyenne. Mais il est impossible de savoir par quelle voie les fibres des cordons de Goll arrivent dans la zone radiculaire moyenne. Je n'ai pu constater l'assertion de Bechterew d'après laquelle les cordons de Goll rayonnent de la substance grise ou des colonnes de Clarke dans les cordons postérieurs. — 5. Les fibres de la zone radiculaire postérieure médiane proviennent toutes des racines postérieures qui passent directement dans cette zone. Elles abandonnent les cordons postérieurs par trois chemins. Les fibres médianes vont en partie dans le raphé (cloison postérieure), se dirigent en avant vers la commissure postérieure et s'infléchissent en dedans dans les cornes postérieures. Les fibres externes de la zone radiculaire postéro-médiane sortent latéralement des cordons postérieurs, s'y entre-croisent à angle aigu avec les racines postérieures qui entrent dans la corne postérieure d'où elles se dirigent en avant. La masse principale de la zone radiculaire postéro-médiane court à travers la zone radiculaire moyenne et arrive dans les cornes postérieures à peu près au milieu (entre la commissure postérieure et la périphérie de la substance blanche). Ces derniers trousseaux pénètrent dans la substance grise jusqu'à la périphérie des cornes antérieures et se perdent là entre les racines antérieures qui rayonnent et les grandes cellules nerveuses. Les fibres de la zone radiculaire postéro-médiane ne montent donc pas dans les cordons postérieurs jusqu'aux bulbes et présentent une tout autre allure que les éléments des cordons de Goll quoique le développement de ces deux espèces d'organes soit le même. — 6. En ce qui regarde la zone radiculaire postéro-latérale, les fibres se perdent dans le fin réseau placé en avant de la substance gélatineuse d'où partent les fibres qui se rendent à la commissure postérieure; à la couche limitante latérale de la substance grise des cordons latéraux, elles se confondent directement avec les fibres radiculaires postérieures.

Donc, les fibres de la zone radiculaire moyenne entrent principalement en rapport avec les colonnes de Clarke; les fibres de la zone postéromédiane s'unissent surtout aux cornes antérieures;

celles de la zone postéro-latérale se perdent dans le réseau de fibres des cornes postérieurs; les cordons de Goll s'unissent aux noyaux des cordons grêles. Les zones fœtales contiennent chacune les éléments d'un localisation topographiquement systématique, mais il est impossible d'attribuer à chacune d'elle la fonction systématique.

Comment se localise le processus, dégénératif du tabès par rapport aux groupes organisés dont nous venons de parler. Sont atteintes des premières : les zones radiculaires moyennes — les zones médianes des cordons postérieurs (dont l'évolution est parallèle).

Puis, d'habitude, les zones radiculaires postéro-latérales, les cordons de Goll. Plus tard, les zones radiculaires postéro-médianes Finalement les zones radiculaires antérieurs. Au fur et à mesure de la dégénérescence de zones des cordons postérieurs marche la lésion des fibres radiculaires postérieures correspondantes et des fibres des cornes postérieures (le réseau des colonnes de Clarke est pris le première, les fibres les plus fines sont finalement atteintes).

Tel est l'ordinaire dans la moelle dorsale et dans la moelle lombaire : la moelle cervicale présente des variations individuelles.

P. KERAVAL.

XXIV. UN CAS DE TABES DORSAL AVEC MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE SYPHILITIQUE ; par SIDNEY KUH. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 3.)

Un homme ayant présenté les accidents primitifs de la syphilis est affecté de tabes; impotence, absence de douleurs, intégrité des sphincters et des viscères, réaction lente des pupilles, état normal de l'intelligence et de la parole, disparition des réflexes patellaires, signe de Romberg peu marqué ; hypalgésie des orteils. Amélioration à la suite de soixante-dix-sept séances d'électrothérapie, mais accroissement de l'analgésie. Une cure à Nauheim aggrave son état qui bientôt cependant s'améliore. Puis, soudain, rougeur et tuméfaction de la jambe droite depuis le milieu de la cuisse jusqu'en bas ; pas de fièvre. Les mouvements des genoux, limités, provoquent des craquements. K. I. Pendant quelques mois, le malade se remet à marcher. On essaie de la suspension qui semble déterminer vertiges et battements de cœur. Mort subite avec sensation d'oppression. L'*autopsie* décèle : dégénérescence des cordons postérieurs et de la zone d'entrée des faisceaux radiculaires, épaississement des os du crâne. Sclérose des extrémités articulaires qui supportent le genou, avec usure des cartilages, épaississement des capsules et ligaments. Dans la moelle, les vaisseaux sont épaissis ou oblitérés, la dure-mère et les méninges ont proliféré, le bulbe est congestionné et parsemé d'hémorrhagies. Réplétion des vaisseaux du cerveau et épaississement des méninges; parois vasculaires épaissies et infiltrées; accumulation de cellules rondes jusque dans la substance corticale. *Conclusion :* Tabes classique avec arthropa-

thie tabétique, méningite cérébro-spinale, d'origine syphilitique. L'auteur croit que le virus syphilitique a agi simultanément sur la moelle et les méninges. Pour lui, la méningite, plus récente que le tabes, a passé inaperçue parce que ses symptômes, en ce qui concerne la moelle, se sont confondus avec ceux du second et que, dans le cerveau elle a atteint surtout la convexité (Oppenheim). Sans doute, d'autre part, les altérations tabétiques n'ont pas déterminé le tableau clinique du tabes syphilitique, mais la présence, au voisinage de la moelle, de lésions syphilitiques implique, suivant toutes probabilités, l'idée d'une origine commune.

P. KERAVAL.

XXV. DE CERTAINES ATTAQUES DE PARALYSIES PRODROMIQUES DANS LE RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU NON SYPHILITIQUE; par L. LŒWENFELD. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1890, N. F. I.)

Il s'agit de ces attaques de paralysie successives et passagères (quelques minutes) qui précèdent l'installation de l'hémiplégie. Un cas de l'auteur ; un cas de Pitres (*Revue de médecine*, 10 avril 1888). L'observation de Lœvenfeld se résume ainsi :

Un foyer de ramollissement par thrombose (artério-sclérose) localisée, suivant toutes probabilités (pas d'autopsie), aux régions corticales motrices (intégrité du facial ; contracture secondaire). L'hémiplégie permanente procéda d'une attaque d'hémiparésie qui n'aboutit à l'hémiplégie grave qu'au bout de plusieurs heures, tandis que les autres attaques de paralysie transitoires antérieures n'eurent pas ce caractère. Il est probable que ces dernières proviennent de troubles de nutrition qui déterminent de l'irritabilité de certaines zones corticales; cette irritabilité, impuissante d'abord, à raison de conditions spéciales, à produire des convulsions parce qu'elle n'irradie pas sur les centres sous-jacents, est cependant suffisante pour suspendre momentanément les fonctions de ces centres. Puis, les troubles de nutrition progressent et finalement interrompent les tractus cortico-musculaires ; c'est alors que se produit l'hémiplégie permanente.

P. KERAVAL.

XXVI. DE L'ASTASIE-ABASIE DANS LA MALADIE DE BASEDOW ; par A. EULENBOURG. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

On sait que ce syndrome a pour caractère de ne se manifester qu'à l'occasion de la station debout et de la marche, tandis que les autres modes de progression sont intacts (saut, bond) : dans l'ataxie locomotrice, au contraire, toutes les fonctions de déplacement sont atteintes. M. Eulenbourg donne un exemple d'astasie-abasie hystériforme chez une jeune fille anémique affectée de goître exophthalmique.

P. KERAVAL.

XXVII. CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DU TABES ; par M. BERNHARDT. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Dans l'observation présentée, l'auteur invoque les excès de machine à coudre. Il fait remarquer l'influence de la grossesse sur la marche du tabes. Sans doute, elle exagère les symptômes douloureux du tabes ? Mais est-il nécessaire, comme on l'a fait ici, de pratiquer l'avortement ? En effet, dans l'espèce, l'atténuation consécutive des douleurs et autres symptômes pénibles ne fut que temporaire ; en tout cas, l'avortement ne fit pas cesser la maladie. De plus, la même malade devient grosse pour la seconde fois ; comme elle a cessé de travailler à la machine, et qu'elle garde le repos, elle ne pense plus à accuser la gravidité. Espérons que la grossesse pourra suivre son cours normal. P. KERAVAL.

XXVIII. CONTRIBUTION A LA QUESTION DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LES AFFECTIONS EN FOYER DU CERVEAU ; par L. DARKSCHEWITSCH. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

La sensibilité est troublée quand il y a lésion du segment postérieur de la branche postérieure de la capsule interne. Il est donc évident que ce segment livre passage à des fibres sensitives qui unissent l'écorce aux nerfs cérébro-spinaux. Que deviennent ces fibres plus haut, vers l'écorce ; où s'y terminent-elles ? Les expériences de physiologie étant contradictoires, interrogeons la méthode anatomo-clinique. Voici, à cet égard, une observation instructive. Monoplégie brachiale droite ; dans le même membre et surtout à la périphérie, la sensibilité est diminuée dans tous ses modes. La marche de la maladie et l'ensemble clinique militent en faveur d'une lésion centrale. A l'*autopsie*, nous trouvons une bouillie tuberculeuse qui occupe le centre ovale de l'hémisphère gauche, et surtout le territoire de la partie moyenne de la pariétale ascendante. Comme au microscope il n'y a aucune anomalie de la moelle ni du tronc du cerveau, pas plus qu'ailleurs dans l'hémisphère en question, il appert que la paralysie de la sensibilité et de la motilité du membre droit est imputable à cette lésion tuberculeuse.

P. KERAVAL.

XXIX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES TROPHIQUES DES ONGLES DANS LA NÉVRITE MULTILOCULAIRE ; par BIELSCHOWSKY. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

On sait que, dans les névrites des nerfs des extrémités, les ongles sont friables, perdent leur éclat, deviennent inégaux et cannelés, se rabougrissent ou s'atrophient complètement. Voici un cas chez un cigarier atteint de névrite, caractérisé par l'apparition sur

cination de souvenirs qui acquièrent les caractères de la réalité. Ainsi se forment de faux souvenirs, des souvenirs erronés. Cette genèse suppose très probablement des lacunes dans les trames de l'association des idées; ainsi les fibres qui nous avertissent de la réalité de nos perceptions ou de nos souvenirs ne doivent pas, dans l'espèce, entrer en jeu. C'est pour cela que les pseudo-réminiscences se montrent le plus souvent dans les psychoses qui procèdent d'une altération fonctionnelle des rouages de l'association des idées. P. K.

XXXIII. NOTE SUR LES PARALYSIES DANS LA MALADIE DE PARKINSON; par le Dr MOUCORGÉ (du Mont-Dore). (*Lyon méd.*, 1891, t. LXVI.)

Les conclusions de ce travail basées sur une observation personnelle et quelques autres faits déjà publiés sont les suivantes : 1° en dehors de la cachexie, on peut observer des paralysies avec ou sans atrophie à la période préterminale de la maladie de Parkinson; — 2° des paralysies compliquées ou non d'atrophies peuvent être également notées au début ou dans le cours de cette affection; — 3° la rigidité musculaire indiquant un premier degré d'altération dans le muscle, il est légitime de rapporter les accidents parétiques, paralytiques et atrophiques au génie même de la maladie de Parkinson, et non à des complications étrangères à l'affection; — 4° sans pouvoir actuellement se prononcer sur la nature intime de la maladie (névrites, myopathies, dystrophies musculaires, phosphaturie cérébro-spinale de Chéron, phosphaturie musculaire de Gauthier, sclérose myélitique de Teissier), on doit tendre de plus en plus à rayer la maladie de Parkinson du cadre des névroses. G. DENY.

XXXIV. SUR UN CAS DE NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE CONSÉCUTIVE A L'INFLUENZA par le Dr BROSSET. (*Lyon méd.*, 1891, t. LXVI.)

Dix jours après le début d'une attaque d'influenza, la malade qui fait le sujet de cette observation présenta, comme *troubles sensitifs*, des névralgies des parties molles de la paume des mains et de la plante des pieds, sous forme de douleurs térébrantes et une diminution des réflexes; comme *troubles moteurs*, une diminution notable de la force musculaire et des phénomènes de rigidité tendineuse; comme *troubles trophiques et vaso-moteurs*, des sueurs, de l'atrophie musculaire et de l'amincissement de la peau.

La coexistence de tous ces symptômes, siégeant à la périphérie des quatre membres, semble suffisante pour établir le diagnostic de névrite périphérique, et, pour écarter toute idée d'une affection médullaire. La grippe doit donc être rangée au nombre des

maladies infectieuses (variole, fièvre typhoïde, diphthérie, etc.) susceptibles de déterminer dans certaines conditions des névrites périphériques. G. D.

XXXV. Un cas d'hystérie traumatique; par le Dr L. Bonamaison. (*Lyon méd.*, 1891, t. LXVI.)

On sait que des divergences d'opinion se sont produites sur la place qu'on devait assigner dans les cadres neurologiques, aux accidents nerveux d'origine traumatique. Tandis que l'école allemande avec Oppenheim, Thompson, Strümpell, etc., voulait en faire une névrose traumatique spéciale, l'école de la Salpêtrière a démontré que parmi les névroses qui succèdent aux traumatismes, l'hystérie est la plus fréquente.

A l'appui de cette dernière opinion, le Dr Bonamaison rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, héréditaire, qui à la suite d'un coup de boule de croquet sur la nuque fut atteint de grandes attaques convulsives et d'attaques de catalepsie avec plaque d'hyperesthésie au niveau de la nuque, hémianesthésie droite, rétrécissement du champ visuel, etc. Un traitement hydrothérapique prolongé amena la disparition de tous ces accidents.

G. D.

XXXVI. Un cas de myoclonie (chorée électrique de Bergeron), rapidement améliorée par l'antipyrine; par L. Bouveret et L. Curtillet. (*Lyon méd.*, 1890, t. LXV.)

XXXVII. Sur un cas d'hémiplégie croisée de la face et des membres par lésion limitée de la protubérance; par MM. Lannois et E. Regnault.

Le tableau symptomatique dans ce cas, a été absolument celui d'une hémorrhagie cérébrale ordinaire : ictus apoplectique chez un sujet jeune et sans lésions cardiaques, hémiplégie de la face et des membres du côté droit, déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté sain. La lésion était située à la partie supérieure du pont de Varole et dans sa moitié gauche; il s'agissait d'un ramollissement récent.

Aucun des signes qu'on a donnés comme pouvant faire reconnaître une lésion de la protubérance — contractures primitives, symptômes pupillaires, etc. — n'étaient présents. La seule conclusion à tirer de ce fait, c'est que les lésions du tiers supérieur de la protubérance peuvent se traduire, au point de vue clinique, par les mêmes symptômes que les lésions de la capsule interne.

G. D.

XXXVIII. Sur un cas d'aphasie motrice et sensorielle ; par M. E. Lacroix. (*Lyon méd.*, 1890, t. LXV.)

On sait que les lésions du faisceau pédiculo-frontal inférieur du côté gauche déterminent l'aphasie tout aussi sûrement que la destruction de l'écorce de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche. Si la lésion est très exactement limitée à ce premier faisceau, l'aphasie est le seul symptôme appréciable, mais le plus souvent la lésion s'étend dans le faisceau voisin, et l'aphasie est accompagnée d'hémiplégie (Pitres).

L'observation de M. Lacroix est la confirmation de cette donnée : il s'agit d'un malade atteint d'hémiplégie droite avec aphasie motrice, surdité et cécité verbales, à l'autopsie duquel on trouva trois petits foyers de ramollissement siégeant l'un dans le centre ovale de Vienssens (aphasie motrice), l'autre, au milieu de la deuxième circonvolution pariétale (cécité verbale), et le troisième, à la partie postérieure de la première circonvolution temporale (surdité verbale). La troisième circonvolution frontale était indemne de toute altération. G. D.

XXXIX. Remarques complémentaires relatives a l'étude de l'atrophie musculaire ; par Dœhnhardt. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Il n'est pas toujours possible d'établir un diagnostic différentiel réellement certain entre la forme névropathique (spinale) et la forme myopathique de l'atrophie musculaire. Nous ne trouvons de points de repère précis ni dans les allures des groupes musculaires, isolés en ce qui concerne l'atrophie, ni dans les douleurs, ni dans les convulsions fibrillaires, ni dans la réaction dégénérative; l'examen anatomique lui-même ne paraît pas démonstratif. Que de fois, alors que le type clinique semblait être myopathique, ne trouve-t-on pas d'altérations de la moelle ? Enfin, souvent on néglige l'examen des muscles dans la forme spinale et cependant, on y trouverait des altérations semblables à celles de la forme myopathique. Voici, par exemple, dans une famille jusqu'alors indemne d'atrophie musculaire, un jeune homme de vingt et un ans affecté du type Charcot-Marie (*Revue de médecine*, 1886), tandis que sa sœur âgée de dix-neuf ans et demi présente la forme spinale : il existe dans la famille une tare héréditaire névro et psychopathique ; par conséquent la forme myopathique émane aussi du système nerveux central. Une autre observation à l'appui de cette assertion, nous est fournie par un homme de quarante ans; à la suite de fatigues exagérées, il est porteur du complexus symptomatique de l'atrophie musculaire myopathique, dans les deux cuisses ; la violence et la persistance des douleurs et la disparition des réflexes crémastériens et abdominaux indiquent qu'il s'agit là d'une lésion

centrale. Si l'on épluche avec soin les anammestiques, on trouve, qu'il s'agisse de formes spinales ou non, que les premiers indices de l'atrophie remontent à la première enfance ; ce qui permet de supposer que l'origine doit en être rapportée à un trouble médullaire datant de la vie fœtale ou du travail de l'accouchement.

P. K.

XL. Contribution a la syphilis du système nerveux central, par E. Siemerling. (*Archiv f. Psychiat.*, XXII, 1-2.)

Etude clinique et anatomo-pathologique de trois observations de syphilis du système nerveux central, qui se résument brièvement ainsi. La première observation s'est présentée cliniquement sous la forme d'une affection spinale, dans la seconde il semblait qu'on eût affaire à une affection cérébrale, la troisième paraissait être une combinaison des deux premières. Mais l'anatomie pathologique et l'étude microscopique sont venues montrer la dissémination des lésions syphilitiques, tant en ce qui concerne le système nerveux qu'en ce qui a trait aux autres organes. Les altérations des artères et des méninges jouent le rôle principal dans le mécanisme des lésions viscérales; l'endartérite, la périartérite, la phlébite oblitérante syphilitique et les hyperplasies de la pie-mère, provoquent des ramollissements et des hémorrhagies dans les diverses régions du cerveau et de la moelle (encéphalite interstitielle de Juergens, myélites de la substance blanche) ; les dégénérescences descendantes et ascendantes compliquent le tableau symptomatique, sans déroger aux lois anatomiques que l'on connaît.

M. Siemerling insiste, en ce qui concerne le diagnostic d'une affection syphilitique de la moelle, sur la simultanéité des symptômes cérébraux, l'évolution par poussées, les oscillations étant dues à ce que le processus anatomique n'est pas uniforme en étendue, en intensité, la répartition topographique en est elle-même inégale ; la réaction pupillaire à la lumière est très variable suivant les moments où on la détruit, le phènomène du genou est également loin d'être identique à lui-même; enfin, on constate, signe important, des phénomènes bulbaires passagers.

P. Keraval.

XLI. Contribution a l'étude de la nature de la neurasthénie; par P. J. Kowalewsky. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. I., septembre-octobre 1890.)

Etude d'ensemble dont voici les *conclusions*. — Les conditions modernes de la vie produisent la neurasthénie par un mécanisme purement chimique, les éléments nerveux sont empoisonnés par les produits de la métamorphose régressive qui, fatiguant le pro-

toplasma, provoquent une inanition générale du système et encombrent la substance nutritive, dont ils prennent finalement la place, de substances impropres à la nutrition. Tel est le mécanisme le plus net de la neurasthénie acquise chez des gens jusqu'alors bien portants, à système nerveux indemne. La genèse de la neurasthénie héréditaire est plus difficile à comprendre; quel est le vice primordial du germe de l'embryon qui préside aux anomalies anatomiques ou fonctionnelles des éléments nerveux ? Il est des cas où ces anomalies se révèlent par des perturbations macroscopiques ou microscopiques; mais il est d'autres cas où l'on est obligé de supposer une déviation chimique, moléculaire, qui aboutit à l'intoxication par les ptomaïnes ou leucomaïnes. L'avenir précisera peut-être la composition chimique des tissus, la fonction correspondante de chaque élément chimique et anatomique, la fonction des leucomaïnes dans l'économie, l'action physiologique de celles-ci sur les organes, la constitution physique et physiologique des ptomaïnes ainsi que leur action. La thérapeutique dérivera de ces découvertes. P. K.

XLII. De l'hypérexcitabilité généralisée des réflexes produite par la quinine; par A. Erlenmeyer. (*Centralb. f. Nervenheilkl.*, 1890.)

Cette hypérexcitabilité est un phénomène exceptionnel qui, dans l'observation en question, a simulé les convulsions de la troisième période du quinisme ordinaire. En effet le malurien en question prend le 20 mars 1 gramme de chlorhydrate de quinine et le 21, 2 grammes. La percussion du tendon putellaire produit non seulement l'élévation brusque de la jambe au niveau de l'horizontal, mais une secousse convulsive généralisée du corps entier qui le projette en haut et le renverse en arrière. Qu'on pratique la percussion des deux côtés, on arrive au même résultat. Tous les réflexes sont exagérés. On administre 1 gr. 50 de chloral, le malade dort; le lendemain tous les accidents ont cessé. Chose particulière, la même provision de quinine n'a rien produit de semblable sur les autres malades. Le cerveau a dû subir seul dans l'espèce l'action quinine; on sait que la suppression de l'action cérébrale se traduit par une exagération des réflexes. Mais pourquoi le cerveau seul a-t-il été touché par le médicament, peut-être parce qu'il s'agissait d'un morphinomane qui depuis quatorze ans s'injectait de la morphine et qui en était encore à 30 centigrammes par jour. Ces indications ne donnent pas la solution du problème.

P. Keraval.

XLIII. Les progrès récents de l'athropogie criminelle; par C. Lombroso. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, 1890.)

Mémoire écrit en français. Il s'agit de nouvelles observations sur : *A*. Les épileptiques et les criminels. *B*. Les anomalies mor-

phologiques du cerveau, du crâne, du squelette des vivants. *C.* Les fonctions de ces individus. M. Lombroso insiste sur les ressemblances du crime et de l'épilepsie, du génie et de l'épilepsie. Il consigne à cet égard les conclusions de Virgile (G. Passanante, la *natura morbosa del delitto*. Rome, 1888.)

— La transmission héréditaire des tendances criminelles prouve qu'elle procédait d'une organisation particulière, organisation anormale puisqu'elle porte l'empreinte de tous les signes dégénératifs. La criminalité fleurit sur un terrain héréditaire plus ou moins voisin de la folie; les criminels deviennent fréquemment aliénés, et inversement, dans les diverses maladies mentales apparaissent souvent des tendances criminelles. P. K.

XLIV. Sur l'œdème hystérique.

Une jeune juive, R..., âgée de dix-sept ans, se plaint d'un œdème de l'avant-bras droit. Il y a un an, sans aucun motif appréciable, elle ressentit au même endroit une douleur d'ailleurs tolérable qui persista plusieurs mois. Puis, subitement, l'avant-bras et la main ont enflé, cet œdème dura plusieurs semaines, puis disparut, puis revint, ces alternatives continuèrent. Enfin, l'œdème ayant duré plus longtemps que de coutume, la jeune R... entra à l'hôpital juif de Varsovie, dans le service du Dr Gajkiewicz.

Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires, le cœur, les poumons sont sains; pas d'anémie; pas d'albumine dans l'urine. La malade ne peut pas circonscrire le siège de la douleur qui est continue, augmentant par moment d'intensité; il n'y a pas de points douloureux. La peau de l'endroit malade est rose rouge, luisante, égale, plus chaude que celle du côté opposé (0°,9 de différence). Tous les organes du côté droit sont affaiblis; les mouvements du bras droit sont plus lents que ceux du bras gauche; le froid, la chaleur, la piqûre, sont plus faiblement sentis; l'électricité réagit moins à droite qu'à gauche. De même la sensibilité de la face et du membre inférieur est affaiblie à droite. Tous les sens sont affaiblis à droite, la vue est plus basse, le champ visuel est plus rétréci pour la lumière et pour les couleurs. La pupille droite est dilatée. La montre est entendue à 19 pas à gauche, et seulement à 15 pas à droite. La quinine, la saccharine, l'acide acétique, l'assa fœtida et l'essence de rose sont faiblement perçus à droite.

En un mot, la malade avait outre la douleur, de l'œdème et la monoparésie brachiale du côté droit, elle avait aussi une hémianesthésie sensitive et sensorielle.

La malade est restée pendant six mois dans mon service, et on a vu pendant tout ce temps que l'état de l'avant-bras n'était pas stable, et que quelques-uns des phénomènes pathologiques chan-

geaient sans cesse et quelquefois si souvent qu'ils changeaient toutes les heures. La douleur était le symptôme le moins variable. L'œdème était plus accentué le matin que le soir; tantôt il siégeait à l'avant-bras et à la main, à l'un ou à l'autre et rarement à la face. La peau variait aussi, tantôt rose rouge, bleue ou violette, ou marbrée quelquefois pâle, rarement de couleur normale. Tantôt la température était très élevée et la malade sentait une vive douleur du côté droit; au bout de quelques heures tout disparaissait et la malade se servait de son bras pour différents mouvements.

Cet état alternatif de mieux et de pis dura plusieurs mois; au bout de cinq mois de séjour dans mon service, la malade ressentant un mieux sensible, la disparition de la douleur et de l'œdème était de plus longue durée qu'au commencement. La dilatation de pupille est restée rebelle à tous les traitements.

Tout l'arsenal thérapeutique, bromure, quinine, morphine, compression, massage, électricité, hydrothérapie, cautérisation avec le thermocautère de Paquelin — ont été employés sans succès. Les pointes de feu le long de la colonne vertébrale ont paru plus efficaces, on les a répétées cinq fois. M^me^ C. BERTILLON.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES FORMES AIGUES D'ALIÉNATION MENTALE ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LA PARANOIA, par M. le D^r^ ROSENBACH.

Les caractères reconnus dès le principe comme constituant la paranoïa dans le sens de Snell, et qui sont restés essentiels dans la doctrine contemporaine de la paranoïa typique sont : une période prodomique très longue; le développement latent du délire, puis la lucidité de la conscience et la conservation presque entière de l'intelligence; avec cela l'absence des troubles des sentiments, d'excitation motrice et de stupeur, ou du moins l'apparition seulement épisodique et fortuite de complications pareilles; enfin une durée illimitée sans aucune chance de guérison — Westphal, en 1876, en examinant les différents modes du développement de la paronoïa avait indiqué des cas aigus de cette forme d'aliénation mentale.

A l'assemblée annuelle des aliénistes allemands tenue à Nurem-

berg, en 1877, sur la proposition du professeur Meynert, la folie primaire (*primære Verrücktheit*, *respective primære Wahnsinn*) autrement dit la paranoïa, fut reconnue à l'unanimité comme une forme distincte, tandis que de sa modification aiguë, notée par Westphal, il ne fut même pas question.

Plus tard, la catégorie de la folie primaire servit presque uniquement pour indiquer la forme chronique et de la forme aiguë il ne fut plus question dans les écoles allemandes, russes et italiennes. — Il en fut de même en France où M. Magnan et ses élèves démontrèrent l'existence d'une forme d'aliénation mentale, le délire chronique, caractérisée justement par les mêmes symptômes qui font l'essence de la forme typique de la paranoïa chronique des auteurs allemands.

Cependant l'étude de la forme aiguë a été reprise au cours de ces dernières années, et, dans la psychiatrie clinique de Schüle, nous retrouvons de nouveau deux formes de délire systématisé primitif ou paranoïa, la forme aiguë et la forme chronique, réunies dans le même chapitre, comme un groupe des psychoses du cerveau valide. Mais Schüle montre la nécessité de bien distinguer les formes aiguë et chronique, la paranoïa chronique rentrant plutôt dans le cadre de la folie dégénérative alors que la paranoïa aiguë appartient au groupe des psycho-névroses, cette dernière forme étant considérée comme un état hallucinatoire, de rêve, avec perte du moi comme faculté directrice, provoquée par des erreurs des sens l'accablant soudainement.

Il ne les réunit qu'à cause des formes intermédiaires qui ne sont, pour ainsi dire, que la répétition abrégée de la forme chronique et dans lesquelles la maladie débute par le délire typique de persécution, suivi d'un état expansif, avec un délire religieux, mystique ou érotique, et la conscience reste assez lucide pour que le délire puisse se systématiser. En outre, la paranoïa chronique nous offre dans sa marche des exacerbations qui, en résumé, ne sont pas autre chose que la folie hallucinatoire aiguë, c'est-à-dire la forme aiguë de la « Wahsinn ».

L'école française n'est pas tombée dans l'erreur de confondre les formes aiguë et chronique du délire primitif dans une seule forme morbide. Mais, d'autre part, la forme aiguë n'a pas été bien longtemps reconnue comme une psychose spéciale, indépendante, et les malades qui en étaient atteints furent placés dans divers autres cadres nosologiques comme la mélancolie, la manie, la démence, etc.

En dernier lieu, ces formes ont été bien connues sous le nom de délire d'emblée. Quant à ce dernier, il a été considéré par M. Magnan comme un des syndromes psychiques de la dégénérescence mentale.

Ce point de vue paraît trop exclusif à M. Rosenbach qui fait

remarquer que ni Krafft, Ebing ni Schüle ne prennent la forme aiguë de la paranoïa pour une manifestation de dégénérescence mentale et qu'enfin le délire d'emblée de M. Magnan n'embrasse pas toutes les variétés de la forme aiguë.

En résumé, à mesure que les observations cliniques se sont accumulées, on a vu se produire la tendance à reconnaître les formes aiguës comme un groupe indépendant d'aliénation mentale, mais cette question n'est pas encore suffisamment élucidée pour qu'on ait pu se former sur elle une opinion admise de tous, de même que sur le rapport des formes aiguës avec la forme chronique du délire chronique, du délire systématisé. — C'est pour reprendre l'étude de ces rapports que l'auteur nous présente une série d'observations de la forme aiguë prises dans la clinique du professeur Mierzejewski.

Le caractère général des observations se présente sous l'aspect suivant : hérédité dans tous les cas, sauf un. La maladie a été précédée de secousses morales, de suractivité intellectuelle, anémie, fièvre, couches. Le début est aigu : de nombreuses idées délirantes de grandeur, de persécution ou de culpabilité, ou hypochondriaques n'ayant aucun rapport entre elles, surgissent en même temps : elles se rattachent, paraît-il, à des erreurs des sens dont une production énorme accable le malade; les idées délirantes surgissent et se multiplient, à ce qu'il paraît, primitivement, d'elles-mêmes : l'attention est absorbée par les divers phénomènes psychiques qui remplissent tout à coup la conscience, si bien que celle-ci devient peu capable de percevoir régulièrement les impressions du dehors; le malade s'oriente mal dans ce qui l'entoure et devient confus dans ses sensations internes. A cet état s'ajoute l'influence des affections, tantôt sous forme de dépression, de peur ou de désespoir, tantôt, au contraire, d'excitation active atteignant la fureur. — La marche est rémittante et même intermittente et la maladie se compose pour ainsi dire de paroxysmes réitérés très impétueux entre lesquels la réaction de la conscience sur les idées délirantes est moins forte.

Le souvenir de ce que le malade éprouve pendant ces accès est le plus souvent très confus et parfois se perd entièrement. La plupart des cas finissent par la guérison. Dans les cas à durée prolongée, il n'existe aucune tendance du délire à la fixation ou à la systématisation.

Dans la plupart des cas, la maladie dure des semaines et des mois.

On voit par ce court résumé des symptômes que les cas décrits appartiennent bien au groupe qui a été désigné par différents auteurs sous les termes de paranoïa aiguë, Verrücktheit, confusion hallucinatoire Wahnsinn, délire d'emblée, etc..., et ils appartiennent bien à une catégorie distincte et caractéristique d'alié-

nation, d'où la nécessité de les séparer de toutes les autres formes d'affections psychiques.

Dans la mélancolie et la manie, en effet, on voit que le moment définitif est le changement d'humeur, du sentiment; conformément à cela se modifient les autres manifestations de la vie psychique, la marche des idées, la sphère motrice; si la mélancolie ou la manie se compliquent par de fausses sensations, elles s'harmonisent avec l'élément fondamental de l'affection psychique, avec la dépression ou avec l'exaltation.

Quant à la différence entre les formes aiguës étudiées dans ce travail, avec le délire chronique, elle ressort du précédent exposé symptomatique respectif des deux affections.

Rappelons que la caractéristique du délire chronique consiste dans la systématisation des idés délirantes, le caractère partiel de la folie, la lucidité de la conscience et l'absence de la réaction affective.

Ces formes aiguës ont donc le droit d'être classées dans un groupe à part, en dehors de la mélancolie, de la manie ou du délire chronique (paranoïa en Allemagne). — On les désigne à présent par le nom de « Wahnsinn » en laissant le terme de « Verrucktheit » au délire chronique.— L'auteur préférerait l'appellation de « folie générale ».

Reste à savoir dans quel groupe des affections psychiques placer la forme mentionnée? Doit-on la classer parmi les psycho-névroses ou parmi les formes de dégénérescence psychique? La plupart des auteurs qui ont écrit sur cette forme se prononcent contre le caractère dégénératif de sujets atteints de cette affection mentale. Conformément à cette idée, étant donné ce fait que la maladie se présente le plus souvent chez des gens qui n'ont présenté auparavant, pour la plupart, aucune anomalie ni du système nerveux en général, ni de la sphère psychique en particulier, et qu'elle fait son apparition immédiatement après l'action de troubles moraux, de surexcitavité intellectuelle ou d'une maladie générale, il y aurait lieu de considérer cette forme d'aliénation mentale comme un des modes de réaction du cerveau valide contre une série d'influences défavorables et de la placer avec Krafft-Ebing parmi les formes primitives de l'affection psychique, telles que la mélancolie et la manie.

Enfin, malgré la nécessité de séparer le délire primitif aigu de la paranoïa, on ne peut nier qu'il existe quelquefois, soit au début, soit au milieu de l'évolution de cette dernière un complexus de symptômes rappelant le délire primitif aigu. Au lieu du délire partiel systématisé, au lieu de la lucidité de conscience et la conservation des opérations logiques, au lieu d'une conduite calme et égale propre aux paranoïques, on voit chez ces malades un état épisodique d'une grande excitation, avec un trouble de sentiment

très prononcé, une grande production d'hallucinations dans toutes les sphères et différentes idées délirantes, n'ayant rien de systématisé. Si cet épisode arrive quand la maladie est bien développée, le délire partiel qui existait avant subit des modifications; si, au contraire, la paranoïa a débuté de la sorte, le caractère de la maladie ne se découvre que quand l'impétueux accès des idées délirantes et des erreurs des sens se calme, et, de leurs restes, se forme l'un ou l'autre délire stationnaire. Mais puisque les cas de délire primitif aigu, qui restent incurables, ne se transforment pas en paranoïa avec délire systématisé et comme d'un autre côté les complexus de symptômes caractérisés par la confusion, l'excitation, les erreurs des sens et le délire d'emblée sont propres encore à d'autres formes psychopathiques, qui n'ont rien de commun avec la paranoïa, comme l'épilepsie, l'hystérie, une telle marche de la paranoïa ne peut servir d'appui à l'idée que le délire primitif aigu et le délire primitif chronique appartiennent au même groupe. Du reste, ces cas particuliers de paronoïa se distinguent de la paronoïa classique, même quand les phénomènes aigus ont passé, par un délire plus vaste et moins systématisé et par une plus grande tendance à se changer en démence.

E. BLIN.

II. D'UN GROUPE DÉTERMINÉ D'HALLUCINATIONS SENSORIELLES DANS LES ANOMALIES PRIMITIVES DE L'HUMEUR; par A. CRAMER. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3, 4.)

Obsessions, articulation irrésistible de la pensée (écholalie), logorrhée irrésistible par accès (echokinésie, logokinésie), survenant sous la forme d'épisodes avec mouvements impulsifs, dans la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse périodique. Six observations.

Théorie. — Si l'on admet que la mélancolie émane de la contracture des fibres lisses des vaisseaux, tandis que la manie résulte de l'inertie des mêmes tuniques, dans les régions antérieures du cerveau, on conçoit quelle modification subit de ce fait la chasse d'irrigation sanguine suivant tel ou tel mécanisme et comment se forment les symptômes locomoteurs respiratoires et conceptuels dans les deux formes morbides. D'autre part, il n'y a pas de pensée sans genèse, au moins silencieuse, des mots (parole intérieure); si donc le processus des rouages de l'idéation est modifié de telle ou telle façon par la mélancolie et la manie on conçoit qu'il s'engendre des conceptions morbides issues de l'appareil locomoteur propre à l'appareil d'articulation des mots, c'est-à-dire des hallucinations du sens musculaire de cet appareil. De là des conceptions irrésistibles, des logorrhées automatiques dans la mélancolie.

P. KERAVAL.

III. Observations cliniques de l'asile provincial d'aliénés de Kreuzbourg ; par O. Dornblueth. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3, 4.)

Etude médicale de trente-six aliénés classés sous les rubriques de : mélancolie, — folie neurasthénique, — démence aiguë (quatorze observations) ; — folie systématique (paranoïa) chronique (huit observations) ; — imbécillité avec folie systématique (observation n° 25) ; — folie périodique (observations n^{os} 26-28) ; — manie périodique (observations n° 29 de folie systématique périodique) ; — paralysie générale (quatre observations) ; — folie épileptique (observations n^{os} 34, 35, 36). Etude analytique ; discussion du diagnostic. P. Keraval.

IV. Contribution a la casuistique d'états mentaux douteux au point de vue médico-légal ; par J. Neumann. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3, 4.)

Premier cas. — On relève : hérédité, tendance à poussées céphaliques congestives, surémotivité, intolérance à l'égard de l'alcool, lacunes de la mémoire, impulsions à des actes délictueux malgré les plus sévères répressions. Délits commis dans des buts stupides mal déterminés, souvent sous l'influence de la bière et de l'eau-de-vie ; attaque d'épilepsie. — *Second cas.* — Emotivité exagérée, intolérance à l'égard de l'alcool. Dipsomanie probable. Tare héréditaire. Lésion organique acquise du cœur.

Ce sont donc plutôt des dégénérés que des aliénés. La propension à boire procède elle-même d'une suractivité morbide. L'alcool devient alors un facteur aggravant qui les conduit sur les confins de la folie. C'est la répétition des actes délictueux qui a donné l'éveil de la psychopathie. P. Keraval.

V. Des maladies mentales dans les maisons de correction ; par A. Kuehn. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2-3.)

Si la population des prisons et des bagnes donne une proportion d'aliénés bien supérieure à celle de la population ordinaire, cette proportion est de beaucoup plus fréquente encore dans les maisons de correction. Et ici la séquestration n'a rien à voir puisqu'il y a travail et travail à l'air libre. En excluant les individus à excitabilité morbide et à neurasthénie, on obtient 8 p. 100 de psychoses, c'est-à-dire le double des psychopathies des prisons et des bagnes ; proportion elle-même vingt fois supérieure à celle de l'aliénation mentale chez les honnêtes gens non nomades.

Voici 144 aliénés de ce genre (l'auteur a examiné plus de 10 000 sujets) se décomposant en :

Mélancolie récente	2
(Individus jusque-là en apparence indemnes).	
Exaltat (manie simple.)	4
Délirants à des degrés divers	76
Idiots ou déments	38
Paralysie générale	12
Folie épileptique	12
	144

De la première espèce, M. Kuehn donne une observation (mélancolie des héréditaires dégénérés) ; de la manie, deux observations. Le troisième groupe comprend 66 malades atteints de conceptions délirantes plus ou moins systématiques chez lesquels on trouve : 6 hallucinations mobiles, — 20 dépressions hallucinatoires, — 10 hypochondriaques, — 8 mélanc.-chroniques, — 14 mégalomanes, — 3 folies religieuses, — 5 impulsifs (l'isolement en cellule favorise ou provoque les hallucinations) ; chez dix autres malades il n'y avait pas de délires déterminés (quelques chicaniers). M. Kuehn donne de ces psychoses aiguës sept observations et vingt-deux de psychoses chroniques. La démence est représentée par deux observations, l'idiotie par quatre, la paralysie générale par quatre, la folie épileptique par deux.

Finalement, étude d'ensemble. Combien de ces délinquants étaient assez aliénés au moment où on les a condamnés pour qu'une expertise médico-légale eût pu éviter une erreur ? Or justement dans la majorité des cas le *début de l'aliénation mentale évidente coïncide* avec le *début de la délinquance*. Il faut donc faire examiner par un spécialiste les individus arrêtés, quels qu'ils soient, d'autant plus que, chez beaucoup de délinquants, le *début de la maladie est aussi le début de la criminalité*. Mieux que cela, confiez à l'aliéniste une mission prophylactique. Partout où vous assistez une population nomade, ou des déshérités dont la situation est voisine de la misère (colonies de travail, asiles de mendiants), procédez à des examens psychologiques. Vous arriverez à une sélection et à une séparation qui désemplira vos prisons ; vous éviterez les délits.

Que faire des prisonniers aliénés ? D'après ce qui vient d'être dit, il n'y a pas de différence entre un criminel aliéné et un aliéné criminel. Les uns et les autres incombent à un asile d'aliénés ordinaire assez spacieux et assez important pour que le médecin puisse former des groupes convenables. Tout est là, car un aliéné quelconque peut devenir dangereux. Ce ne sont souvent que des incidents tout accessoires qui font d'un malade un aliéné criminel ou un criminel aliéné.

P. KÉRAVAL.

VI. De l'aliénation mentale, suite d'influenza ; par A. Schmitz. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3, 4.)

Sept observations sous le diagnostic : mélancolie aiguë. Il n'y avait tare héréditaire que dans deux cas. *Conclusion.* — L'influenza est au premier chef une affection nerveuse épidémique. Pronostic d'ailleurs favorable à la condition qu'on prescrive des toniques.

P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 27 juillet 1891. — Présidence de M. Bouchereau.

Revision de la loi sur les aliénés. — M. Garnier après avoir examiné attentivement la proposition de loi de M. Reinach n'hésite pas à dire qu'elle lui paraît illogique et impraticable en certaines de ses parties. La base du nouveau système est la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative : on veut faire d'un malade un *justiciable;* on veut prononcer *contre* lui un *jugement* de collocation ! Mais *après* comme *avant* il faudra toujours recourir à la science aliéniste.

En *principe* comme en *fait*, la loi de 1838 ne mérite aucun des reproches formulés contre elle par ses adversaires. Les enquêtes entreprises au sujet des affaires dont M. Reinach s'est fait l'écho ont démontré que les Sandon, Monastério et Sellières étaient bien des malades dûment séquestrés. M. Garnier termine son exposé en demandant que la société intervienne en votant un ordre du jour par lequel elle déclarerait qu'éclairée par des documents indiscutables, elle ne saurait admettre comme autant d'exemples de séquestrations arbitraires les affaires citées dans le projet de loi de M. Reinach.

La Société s'associe aux idées émises par M. Garnier et décide qu'elle nommera une commission pour préparer un rapport sur la proposition.

M. Charpentier fait remarquer que, pour l'affaire Monastério, il y a peut-être des doutes sur la manière dont les faits se sont passés.

M. GARNIER répond que, si dans cette affaire il y a eu certains incidents spéciaux qui l'ont compliquée, il n'en reste pas moins un fait acquis à savoir que la personne internée était atteinte de troubles intellectuels justifiant son placement. La loi de 1838 ne peut donc être incriminée.

M. A. VOISIN rappelle que, dans l'affaire Sandon, l'autopsie est venue donner raison aux conclusions des experts.

M. BOUCHERREAU croit savoir que la Chambre des députés s'est déjà inquiétée de l'énorme quantité de jugements que les magistrats auraient à rendre si l'on substituait l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour le placement des aliénés. M. BRIAND.

Séance du 26 octobre 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHERREAU.

M. RÉGIS écrit qu'il y a plusieurs années il avait aussi préconisé l'emploi d'une sonde œsophagienne analogue à celle présentée par M. Targoula.

Essai d'un plan d'observations. — M. MARANDON DE MONTZEL propose à la société un plan schématique qu'elle devra adopter. Ce plan, destiné à faciliter le travail des débutants qui veulent recueillir des observations, encouragerait les intrus à communiquer les observations les plus intéressantes de leurs services respectifs. Celles-ci, comme récompense devraient être publiées dans les *Annales médico-psychologiques*.

M. CHRISTIAN ne croit pas qu'il soit nécessaire de faire ces nouveaux tableaux. Il y en a dans tous les asiles qui ne servent à rien. Les internes qui veulent travailler n'ont nullement besoin d'un plan qui, devant répondre à tous les cas, n'est spécial à aucun et devient encombrant.

MM. Briand, Christian et Seglas sont chargés d'examiner la proposition de M. Marandon.

Curieuse observation de suicide d'un paralytique général. — M. ROUILLARD rapporte, au nom de M. Sizaret, l'observation de du paralytique général qui s'est suicidé en se déchirant l'un des espaces intercostaux à l'aide d'une croûte de pain desséchée et taillée en biseau. Par l'ouverture ainsi pratiquée il s'est introduit sous le péricarde des petits morceaux de bois pointu qui ont déterminé des accidents mortels. M. B.

Séance du lundi 30 novembre 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

M. SÉGLAS, rapporteur de la proposition de M. Marandon de Montyel tendant à faire adopter par la Société un plan schématique d'ob-

vations qui seraient publiées ensuite dans les *Annales médico-psychologiques*, rend hommage aux intentions de M. Marandon de Montgel, tout en n'adoptant pas sa proposition. La Société, conclut-il, n'a aucune qualité pour s'immiscer dans la rédaction des *Annales*. Les conclusions du rapport sont adoptées.

De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. M. Séglas communique quelques observations de malades qui l'amènent à formuler les conclusions suivantes : 1° l'hallucination ne doit pas être exclue du cadre des obsessions; 2° l'hallucination peut être secondaire à l'idée obsédante (obsession hallucinatoire) ou être primitive (hallucination obsédante); mais, dans tous les cas, elle participe des caractères généraux des obsessions; 3° l'hallucination peut alors n'intéresser que les centres perceptifs communs; 4° elle peut intéresser aussi les centres de la fonction du langage et être verbale, auditive, visuelle, motrice d'articulation, ou même motrice graphique; 5° toutes ces hallucinations verbales, obsédantes et conscientes doivent prendre place à côté des autres variétés décrites d'onomatomanie.

M. Falret. Dans mon rapport au Congrès de médecine mentale, j'avais établi que les obsessions n'étaient jamais accompagnées d'hallucinations. Cette opinion n'est dans ma pensée qu'une formule générale qui comporte quelques exceptions. M. B.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, d'après l'enseignement de la Salpêtrière;* par M. le Dr Gilles de la Tourette. Préface de M. le professeur Charcot. — T. Ier, *Hystérie normale ou interparoxystique.* — Paris, 1891, librairie Plon.

« Le présent traité, dit M. le professeur Charcot, dans la préface qu'il a écrite pour l'ouvrage de M. Gilles de la Tourette, a été fait en quelque sorte sous mon immédiate direction. Il reproduit aussi fidèlement que possible mon enseignement et les travaux que celui-ci a inspirés à mes élèves... M. Gilles de la Tourette l'a de plus entouré des discussions qu'il a pu faire naître, des travaux qui, à l'étranger comme en France, ont contribué singulièrement à élargir le cadre de l'hystérie... C'est, si je ne me trompe, un

travail complet qu'il nous présente, résumant parfaitement, en tout cas, l'état actuel de la science... » Cette appréciation de M. Charcot vaut certes mieux que tous les éloges que l'on pourrait faire du livre de M. Gilles de la Tourette — qui vient, en outre, combler une lacune importante. En effet, depuis 1859, date de l'apparition de l'ouvrage de Briquet, nous n'avions aucun traité didactique complet de l'hystérie.

M. Gilles de la Tourette s'appuie sur les intéressantes recherches qu'il a faites sur la nutrition dans l'hystérie pour diviser le traité de l'hystérie en deux parties, qui font l'objet de deux volumes. C'est le tome premier qui vient de paraître, traitant de l'hystérie normale ou interparoxystique.

Le livre débute par un intéressant chapitre d'historique. Puis, à propos de l'étiologie, l'auteur étudie avec grand soin le rôle de l'hérédité et des *agents provocateurs* dans la genèse de l'hystérie. A ce propos il met au point l'état actuel de la question de la névrose traumatique, qui n'existe pas en tant qu'entité morbide et doit rentrer pour une bonne part dans l'hystérie.

Suivent des chapitres très nourris de faits sur les stigmates permanents : anesthésie, hyperesthésie, zones hystérogènes, sur la diathèse de contracture, l'amoysthénie, le tremblement. Chemin faisant on trouve des considérations fort importantes sur les arthralgies, l'angine de poitrine, la pseudo-méningite, le mal de Pott, les névralgies faciales d'origine hystérique. Il est bon d'ajouter en passant, que cet exposé n'est pas exclusivement dogmatique, mais aussi clinique ; les méthodes d'investigation s'y trouvent décrites avec assez de détails.

A signaler particulièrement les deux chapitres qui ont trait aux troubles oculaires dans l'hystérie. On y trouvera minutieusement décrites l'amblyopsie hystérique, les modifications du champ visuel, le dyschromatopsie et traitée à fond — autant qu'elle peut l'être dans l'état actuel de la science — la question si difficile de paralysies et des contractures des muscles des yeux dans l'hystérie.

L'ouvrage se termine par un exposé sur la contraction dans l'hystérie anormale ou interparoxystique et par un chapitre fort intéressant sur l'état mental des hystériques, dans lequel, par l'étude de la suggestibilité spéciale à ce genre de maladies, l'auteur donne la clef de la plupart des phénomènes hystériques

Ce premier volume, illustré de figures dues à M. Paul Richer, forme un ensemble bien complet. En deux mots c'est l'histoire naturelle des stigmates permanents de la névrose, de ce *fonds hystérique* qu'il est si important de connaître, si l'on veut éviter, tous les jours, de grossières erreurs de diagnostic.

GEORGES GUINON.

II. *L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance;* par AUDRY, médecin des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 400 pages, chez J.-B. Baillière, 1892.

Depuis quelques années les observations d'athétose double ont fait l'objet de plusieurs travaux. M. Andry a rassemblé dans une monographie très complète et très consciencieuse, tous les documents relatifs à cette question. Quoique l'auteur y ajoute trois nouvelles observations, on peut regretter qu'il se soit borné à une simple compilation où la critique tient très peu de place, et où la note personnelle manque presque complètement. Il se rattache au point de vue pathogénique à la théorie suivante. L'athétose double n'est qu'un syndrome, et ce syndrome peut s'observer dans les affections cérébrales, dans les maladies de la moelle, dans les névrites périphériques, dans les névroses. Aussi distingue-t-il l'athétose double d'origine cérébrale, et l'athétose double d'origine extra-cérébrale. Je crois la distinction au moins discutable. Il reconnaît lui-même d'ailleurs que les faits d'athétose double dans les névrites périphériques prêtent à discussion. Quant à l'athétose chez les ataxiques, il est permis de la rattacher à des lésions cérébrales, ignorées encore sans doute, mais d'autant plus vraisemblables que dans les cas d'athétose double congénitale on en est encore à être fixé sur ses lésions. Reste l'athétose double d'origine hystérique, mais qu'a-t-elle de commun avec l'athétose double décrite par Clay Shaw, et à quel titre peut-on bien la classer dans les troubles d'origine extra-cérébraux? Les phénomènes hystériques ne sont-ils pas essentiellement liés au dynamisme cérébral.

L'auteur repousse l'opinion de l'entité clinique de l'athétose double, qu'il considère comme une double hémiathétose. Il est difficile de le contredire et de le suivre dans cette voie, car personne ne possède encore les éléments du procès, à savoir l'anatomie pathologique. Quoi qu'il en soit, l'athétose double congénitale conserve une physionomie bien spéciale que, malgré ses efforts, M. Audry ne parvient pas à lui enlever en rapprochant et confondant avec les mouvements athétosiques qu'on peut rencontrer dans d'autres affections. L'athétose double d'origine extra-cérébrale n'est pas plus de l'athétose double que les mouvements choréiformes ne sont de la chorée, et ces cas-là ne devaient trouver place qu'au diagnostic.

Il n'en reste pas moins que c'est un livre à consulter pour tous ceux qui étudieront désormais l'athétose double, car ils y trouveront tous les faits et toutes les opinions qui s'y rattachent. C'est une excellente mise au point de cette intéressante question, encore bien obscure. P. S.

III. *Des folies diathésiques;* par le Dr H. MABILLE, médecin en chef directeur, et le Dr E. LALLEMANT, médecin-adjoint de l'asile de Lafond.

En proposant pour programme du prix Falret : *les folies diathésiques*, l'Académie de médecine n'entendait assurément pas demander aux concurrents de décrire une à une des *folies diathésiques* à une époque qui a vu les diathèses succomber l'une après l'autre devant les progrès incessants de la microbiologie. C'est ce qu'ont bien compris les lauréats du concours, MM. Mabille et Lallemant. En fait de maladie diathésique, il ne nous reste guère que l'arthritisme, c'est-à-dire le groupe de ces affections parentes qui, selon le professeur Bouchard, relèvent d'une cause commune, *la nutrition retardante*. L'étude très savante de nos distingués confrères envisage donc principalement les troubles mentaux dans leurs rapports avec l'arthritisme et ses manifestations principales.

Une partie importante du mémoire est consacrée aux folies rhumatismales. Le rhumatisme articulaire aigu est-il une manifestation diathésique? Ne serait-ce pas plutôt une maladie infectieuse? Sans rejeter absolument cette opinion, qui a bien des chances d'être vraie, les auteurs pensent qu'il n'y a pas lieu, au point de vue qui les occupe, de distraire le rhumatisme aigu du groupe arthritique, le terrain spécial préparé par la diathèse étant, quelle que soit l'hypothèse pathogénique adoptée, nécessaire à son développement. Ils nous montrent la folie se développant en même temps que les accidents articulaires, alternant avec eux, leur succédant; variant de forme selon les circonstances, ce qui ne permet pas d'admettre l'existence d'une forme déterminée de folie rhumatismale, mais présentant, cependant, dans la plupart des cas quelques traits communs prédominants tels que la dépression mélancolique et les hallucinations terrifiantes de la vue. Ce dernier phénomène a une importance que les auteurs ont bien mise en lumière; il est le signe *d'une intoxication générale de l'organisme*, ce qui permet de rapprocher le délire du rhumatisme du délire alcoolique : d'en faire, en un mot, une *folie toxique*.

Les folies goutteuses, diabétiques, etc., ne sont que des curiosités médicales, tant elles sont rares; aussi les auteurs ne s'y sont-ils guère arrêtés. Ils ont insisté au contraire, sur l'étude des troubles intellectuels des arthritiques chez lesquels on ne rencontre que les manifestations fugaces et protéiformes de la diathèse. Ce qui caractérise ces manifestations, c'est la périodicité, l'intermittence; et c'est précisément la périodicité qui paraît à MM. Mabille et Lallemant, le caractère le plus saillant de la folie chez les arthritiques. Des recherches irrologiques importantes, dont ils fournissent les résultats, viennent à l'appui de leur opinion; ils ont constaté, en particulier, que la fin de l'accès de mélancolie, chez les arthri-

tiques, était souvent annoncée par de véritables décharges d'acide urique.

Je reprocherais peut-être aux auteurs d'abonder un peu trop dans leur sens, de trop grossir le rôle de l'arthritisme, si leur mémoire ne se terminait par une sorte de profession de foi qui me donne entière satisfaction; ils déclarent en effet qu'il est souvent impossible de distinguer dans leurs effets, tant les déterminations causales tendent à se confondre, la part qui revient au système nerveux ou au trouble de la nutrition, comme cause première; mais que pourtant, ils ont une grande tendance à croire à l'action primordiale du système nerveux dans la production des troubles de la nutrition.

En résumé, MM. Mabille et Lallemant ont su rajeunir à souhait cette vieille question des folies diathésiques et leur mémoire est de tous points digne de la haute récompense que lui a décernée l'Académie de médecine. A. CULLERRE.

VARIA

LES MÉDECINS ADJOINTS.

Si les médecins adjoints, du dernier concours de l'adjuvat des asiles sont aujourd'hui pourvus d'un poste leur faisant à tous une situation équivalente en apparence, on peut dire que, dans la réalité, rien n'est moins comparable que la réception faite à chacun d'eux.

Tandis que dans la plupart des asiles, les adjoints ont été traités par leurs chefs de service en véritables confrères, il en est d'autres où les choses se sont passées tout différemment : croirait-on, par exemple, qu'un directeur, surtout connu par ses sympathies pour les communautés religieuses, veut remettre en vigueur une ancienne coutume, repoussée partout, en réinstallant les fameuses *tables administratives*, de si triste mémoire, pour obliger son médecin adjoint à prendre ses repas en commun avec les sous-économe, commis de direction, sous-employés, garçons de bureau célibataires, etc. ? Il y a lieu d'espérer que la table administrative sera au moins présidée par le directeur qui donnera le bon exemple en y prenant ses repas!

Nous serions désireux de connaitre l'avis de la commission de surveillance sur la proposition qui lui sera sans doute soumise, avant l'exécution de la mesure en question. Si le fait qui nous est signalé est exact, ce singulier fonctionnaire dont il s'agit a une façon bizarre de comprendre son rôle et de faciliter le recrutement des médecins adjoints!!!

LES ASILES D'ALIÉNÉS EN FRANCE ; par M. le Dr TIMOFEEFF. Brochure in-8° de 67 pages, avec deux plans des asiles de Villejuif et de Saint-Yon. Saint-Pétersbourg, 1892.

La brochure de M. le Dr Timofeëff présente une revue critique des asiles d'aliénés de la Seine, de l'Eure et de la Seine-Inférieure. Une description moins détaillée est consacrée aux quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Exacte dans son ensemble, cette publication, tout en indiquant dans son auteur un observateur scrupuleux et sincère, nous a semblé avoir été composée d'une manière un peu hâtive, relativement à quelques questions de détail. Parmi ces dernières deux surtout méritent d'être signalées.

A la page 44, l'auteur condamne le système de la direction de nos asiles de la Seine par des directeurs qui ne sont pas en même temps médecins en chef. Il trouve que cette division des pouvoirs administratif et médical apporte un trouble profond dans le fonctionnement de la maison, affaiblit la discipline du personnel inférieur et donne lieu à des rapports excessivement tendus entre le directeur et les médecins-chefs. Son désir serait de voir à la tête de chaque asile un médecin en chef ayant sous ses ordres immédiats tout le personnel médical et administratif...

M. Timofeëff oublie probablement que le règlement des asiles tel qu'il est en vigueur actuellement dans le département de la Seine a parfaitement bien délimité les attributions respectives de chacun de ces fonctionnaires et tant que chacun d'eux reste dans la stricte observation des statuts réglementaires aucun conflit n'est possible. Une quantité d'inconvénients importants résulterait au contraire de l'application du système qui consisterait à charger un médecin en chef de la direction générale d'un asile. Déjà, avec le système actuel, un chef de service d'un asile d'aliénés est positivement encombré d'une paperasserie administrative tellement abondante qu'à elle seule elle l'oblige quelquefois de négliger les intérêts *médicaux* du service, ses intérêts scientifiques personnels et les intérêts des élèves qui viennent apprendre chez lui la pathologie mentale ; qu'arrivera-t-il s'il est chargé en plus de la surveillance générale d'un nombreux personnel inférieur et de la direction économique d'une grande maison dont il serait entièrement responsable ? M. Timofeëff nous engage d'imiter les asiles de province. Malheureusement, les exemples de certains de ces asiles ne sont que trop démonstratifs à ce sujet en prouvant qu'un médecin en chef fonctionnant comme directeur, est tellement absorbé par des questions de ménage de son asile, qu'au bout d'un certain nombre d'années il ne lui reste de ses qualités d'aliéniste que le nom...

Mais passons à la seconde question qui doit être relevée dans la brochure de M. Timofeëff. A la page 59, nous lisons les lignes suivantes à propos de Bicêtre :

« Le service de M. le Dr Bourneville présente un contraste frappant avec les autres sections de Bicêtre; ce service est destiné pour les enfants au-dessous de dix-huit ans; ils sont logés dans des beaux pavillons nouvellement construits, munis de dortoirs coquettement installés, riches en espace et en lumière, ayant en outre des salles de jeu, de gymnastique, etc...; l'école, les différents ateliers sont construits richement; partout règne une propreté rigoureuse et même un certain luxe dans l'installation intérieure (tables et lavabos couverts de marbre, etc...); en un mot, on voit qu'on n'a pas marchandé les millions pour cette entreprise ridicule. Aussi, l'impression générale est excessivement fausse. Il est vrai que tout ici témoigne des soins que l'organisateur a apportés à cette œuvre, de son désir d'installer tout le mieux possible; mais il est permis de douter si une dépense si furieuse des deniers publics est utile, est admissible et dans quel but? Pour l'assistance des idiots !... Est-il permis de les entourer de marbre et les loger presque dans des palais lorsque les enfants bien portants du peuple qui paie tous ces millions meurent partout de faim et de misère? »

Ainsi s'exprime l'auteur et nous devons avouer que nous sommes étonnés de voir dans notre ami le Dr Timofeëff cette belle indignation, derrière laquelle se cache tout simplement une connaissance inexacte de l'histoire de l'assistance des idiots en France. Eh bien, à cette appréciation un peu hasardée, nous allons répondre par un exposé résumé de toutes les raisons qui militent en faveur de l'hospitalisation aussi large que possible des enfants idiots et épileptiques. Sans parler des essais de l'assistance et du traitement des enfants idiots par Itard (1801), par Félix Voisin, par Belhomme, par Esquirol (1838), il faut surtout nous rappeler que c'est à Edouard Seguin, à un Français que l'humanité est redevable de la méthode de traitement et d'éducation de ces petits déshérités sous le rapport de l'intelligence. Nous ne voulons pas reprendre l'histoire de cet homme célèbre. Disons seulement que ses mémoires de 1838, 1839 et 1841 avaient presque aussitôt attiré l'attention des médecins étrangers, et en 1842, le Dr Guggenbuhl, en Suisse, et M. Saegert, en Allemagne, ont appliqué sa méthode. Lorsque, plus tard, en 1846, Seguin publiait son admirable livre intitulé : *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, un véritable mouvement se produisit en Allemagne, en Angleterre et en Amérique en faveur du traitement des enfants idiots, et dans ces différents pays, le nombre d'institutions pour ces malheureux augmentait chaque année. En France, malheureusement, l'hospitalisation des idiots est encore assez restreinte, et partout, soit dans les asiles, soit dans les hospices, leur traitement se borne à des soins purement matériels, et ceci dans la patrie de l'homme qui a créé le traitement et l'éducation des idiots... Ce n'est que depuis dix ans que la ques-

tion de l'assistance et du traitement des enfants idiots a été reprise en France par le Conseil général de la Seine et le Conseil municipal de Paris. Dans le quartier des enfants de la Salpêtrière, on a créé une école, à l'asile de Vaucluse on a fondé une colonie annexe pour l'éducation des idiots; enfin, on a construit la section de Bicêtre, grâce à l'initiative énergique et à l'admirable dévouement du Dr Bourneville.

M. Timofeëff parle des *millions* dépensés pour la création à Bicêtre d'une section pour des enfants réputés incurables. Il ne sait probablement pas que le Conseil municipal a consacré en tout pour cette œuvre 2 millions 100.000 francs. A l'exemple de bien d'autres personnes, il va même jusqu'à poser la question de savoir s'il est bien nécessaire d'assister ou d'hospitaliser cette catégorie d'enfants. Cette question aurait été naturelle dans la bouche des gens peu au courant des choses de l'Assistance et ignorants des résultats qu'on peut obtenir d'un traitement et d'une éducation bien compris, mais dans la bouche de M. Timofeëff, un médecin instruit, possédant une connaissance approfondie de l'organisation des établissements similaires en Allemagne, Autriche, Italie et Suisse, cette question nous étonne au dernier degré. Eh bien! oui, l'hospitalisation de ces enfants est indispensable et cela par la nature même de leurs maladies et de leurs infirmités qui, pour être convenablement traitées, exigent la présence constante de l'un des membres de la famille, lequel se trouve ainsi immobilisé et dans l'impossibilité de travailler, de contribuer aux charges de la famille. Les idiots, les imbéciles, les paralytiques, les hystériques, les épileptiques, les dégénérés avec perversion des instincts sont dans ce cas. Leur présence dans la famille est une source de graves inconvénients pour leur entourage qui, d'ailleurs, est dans l'impossibilité de leur faire suivre un traitement rationnel leur donner une instruction appropriée. Sans parler des idiots au dernier degré qui sont une gêne évidente pour leur famille, il en est un grand nombre d'autres, imbéciles ou arriérés ou hystériques, ou épileptiques qu'on ne peut garder dans les écoles, parce qu'ils sont incapables de suivre les exercices de leurs camarades et que leurs tics, leurs crises convulsives troublent la discipline de la classe. Beaucoup d'autres ont des fugues qui les font condamner pour vagabondage ou pour d'autres actes répréhensibles qui remplissent d'inquiétude et de douleurs leurs malheureuses familles. Et la grande classe des enfants dégénérés avec leur perversion des instincts, leurs impulsions au vol, au mensonge, à l'onanisme, à la pédérastie, à l'incendie, au suicide. à l'homicide, à l'empoisonnement, à la destruction, etc..., qu'en faites-vous, M. Timofeëff? Et toutes ces raisons ne vous paraissent-elles pas démontrer d'une façon irréfutable la nécessité du traitement et de l'hospitalisation aussi large que possible de tous ces

enfants? Quant à nous, nous dirons que ce qu'on a fait jusqu'à présent pour ces enfants en France est encore peu : la section de Bicêtre est belle, mais elle doit engager le gouvernement de la République à organiser dans toute la France des sections semblables en créant des asiles départementaux pour l'assistance publique de ces petits déshérités. On sait que notre rédacteur en chef a fait introduire dans la nouvelle loi sur les aliénés, un article qui rendra obligatoire la création de ces asiles pour les enfants déshérités de l'intelligence.

Dr J. Roubinovitch.

Asile d'aliénés de Villejuif : les enlèvements d'aliénées.

« Un enlèvement a été accompli dimanche dernier, 22 novembre, à l'Asile d'aliénés de Villejuif, dans des circonstances tout à fait étranges. Tandis qu'une division de soixante-quatre femmes et enfants était conduite à la messe par quatorze gardiennes, quatre individus se présentaient tout à coup, s'emparaient d'une des pensionnaires, Mlle Dourches, âgée de vingt-six ans, et tentaient de s'enfuir avec elle. Les gardiennes aussitôt se jetèrent sur les agresseurs et essayèrent de reprendre Mlle Dourches. Il y eut, à ce moment, une mêlée indescriptible, car les soixante-quatre malades, prêtant main forte à leurs gardiennes, s'efforçaient, de leur côté, de reprendre leur compagne. Mais les quatre ravisseurs, quatre hercules, dont le chef était le propre frère de Mlle Dourches, tinrent bon. Ce fut, pendant quelques minutes, une mêlée indescriptible. Enfin les quatre agresseurs parvinrent à s'éloigner. Ils firent monter Mlle Dourches dans une voiture qui attendait près de là et disparurent rapidement. L'enquête a établi que c'était la famille qui avait fait procéder à cet enlèvement par le frère de la pensionnaire de Villejuif. Il y a eu dimanche quinze jours, un premier enlèvement d'aliénée avait eu lieu dans les mêmes circonstances. Cette fois, c'était un père de famille qui avait enlevé sa fille, âgée de dix-sept ans. Cet homme était très connu des gardiennes, car il se rendait souvent à l'asile. Il y a huit jours, il se présentait à l'une d'elles au moment où elle accompagnait les malades à l'église. Il causa amicalement avec elle, fit venir sa fille qu'il voulait, disait-il, accompagner à la messe ; puis, en passant devant une voiture qui stationnait à un coin de la rue, il y fit brusquement entrer sa fille. La voiture partit aussitôt, et la jeune fille était enlevée sans lutte et sans même que les surveillantes eussent eu le temps de s'en apercevoir. A la suite de ce premier enlèvement, le directeur de l'asile prévint les malades que, si pareil fait se renouvelait, il serait forcé d'interdire les promenades hors de l'établissement ; ce qui mit les malades dans la désolation. Or, dimanche, lorsqu'elles

aperçurent la voiture qui devait emmener Mlle Dourches, une des aliénées s'écria : « Tiens, une voiture arrêtée, encore un enlèvement ! » Cette réflexion avait éveillé l'attention des surveillantes, qui se tinrent sur leurs gardes, d'où la difficulté du deuxième enlèvement et la lutte qui s'ensuivit. Dans cette lutte homérique, douze infirmières et cinq malades furent blessées ou contusionnées plus ou moins grièvement. » (*Journaux politiques.*)

D'après nos renseignements, il s'agit d'une malade atteinte du délire de persécution, désignant ses prétendus persécuteurs et partant dangereuse pour eux : un certain Lucien et des armuriers la font électriser par une cartomancienne ; les armuriers lui piquent le cœur. Elle se promenait la nuit dans le dortoir, afin d'empêcher qu'on ne la dépeçât, demandant de l'eau pour calmer les brûlures qu'elle ressentait dans certaines parties du corps ; souvent elle couchait sur le parquet, couverte d'un drap, pour conjurer les sortilèges ; elle passait une partie de la journée à injurier des agents de la préfecture de police cachés dans la bouche du calorifère, etc.

Le préfet de police d'une part (il s'agissait d'un placement d'office) et le préfet de la Seine, d'autre part, ont saisi le parquet de l'affaire. Jusqu'ici, paraît-il, on n'a pas retrouvé la demoiselle Dourches, cachée sans doute dans un des nombreux couvents de Paris et des environs, où l'on détient des aliénés, sans qu'aucune des formalités exigées par la loi soient remplies, au su et vu de la police et de la magistrature.

Tous nos efforts et ceux de nos amis ont tendu à accorder aux malades la plus grande somme de liberté possible en leur donnant des congés dans leur famille, en leur faisant faire des promenades, en les occupant à l'extérieur à des travaux d'agriculture. Tout cela a été organisé un peu malgré l'administration, surtout celle de la préfecture de police. Si des faits aussi scandaleux et accompagnés de brutalités aussi révoltantes se reproduisaient, il serait à craindre qu'on ne revint sur les excellentes mesures qui ont été prises et pour lesquelles, personnellement, nous avons si souvent combattu.

Concours pour les places de Médecins-adjoints des Asiles d'aliénés.

Pour la circonscription de Paris, le concours s'est ouvert le 15 décembre. Le jury était ainsi composé : Président, Dr Drouineau, inspecteur général ; Drs Féré, médecin de Bicêtre ; Brunet, médecin-directeur de l'asile d'Evreux ; Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval ; G. Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; suppléant, M. Schils, médecin de l'asile de Lesvellec.

Pour la circonscription de Lyon, le concours s'est ouvert le 10 décembre. Le jury était ainsi composé : Président, Dr A. Re-

gnard, inspecteur général; MM. Lapointe, médecin de l'asile d'Auxerre; Dufour, médecin de l'asile de Saint-Robert; Faucher, médecin de l'asile de la Charité; Pierret, professeur de clinique mentale; suppléant, Dr Fabre, médecin de l'asile de Saint-Dizier.

Pour la circonscription de Lille, le concours s'est ouvert le 10 décembre. Le jury était ainsi composé : Président, Dr Drouineau; Drs Pilleyre, médecin de l'asile de Prémontré; Martinencq, médecin de l'asile de Clermont; Taguet, médecin de l'asile d'Armentières; M. Castiaux, professeur à la Faculté de médecine, suppléant, M. Cortyl, médecin, directeur de l'asile de Saint-Venant.

Pour la circonscription de Bordeaux, le concours s'est ouvert le 10 décembre. Le jury était ainsi composé : Président, M. le Dr Napias, inspecteur général; Drs Reverchon, médecin de Saint-Luc; Bessières, médecin de l'asile de Saint-Alban; Pons, médecin de l'asile de Bordeaux; Picot, délégué de la Faculté de médecine; suppléant, Dr Larrieu, médecin de l'asile de Cadillac.

Pour la circonscription de Montpellier, le concours s'est ouvert le 15 décembre. Voici la composition du jury : Président, Dr Napias; Drs Campagne, médecin de l'asile de Montdevergues; Dauby, médecin de l'asile d'Aix; Boubila, médecin de l'asile de Marseille; Jaumes, professeur à la Faculté; suppléant, Dr Maunier, médecin de l'asile de Pierrefeu.

Le concours s'est terminé à Lyon par la nomination de MM. les Drs 1. Bonnet; 2. Paret. Il n'y avait que ces deux candidats pour deux places. Les épreuves ont été bonnes, quelques-unes excellentes. Le dernier candidat reçu a obtenu plus des deux tiers des points (le maximum est de 90).

Question écrite traitée : 1. *Plancher du 4me ventricule.* Les deux autres, restées dans l'urne : 2. Circonvolutions occipitales; 3. Corps opto-strié.

Question orale portant sur la pathologie (non spéciale). 1. *Traiture du col du fémur;* les deux autres questions étaient : 2. Diagnostic et prophylaxie de la fièvre typhoïde; 3. Insuffisance mitrale.

Ont été nommés : 1° pour la circonscription de *Paris :* MM. les Drs Toulouse, Vigouroux, Livoff; — 2° pour la circonscription de *Lille :* MM. les Drs Charon et Chardon; — 3° pour la circonscription de *Bordeaux :* M. le Dr Anglade; — 4° et pour la circonscription de *Montpellier :* MM. les Drs Campagne (Norbert), et Allaman.

Certains s'étonnent du petit nombre de concurrents qui se présente pour le concours aux places de médecins-adjoints dans les asiles d'aliénés. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le coucours a pour premier résultat d'éliminer les candidats, qui, n'ayant pas suffisamment travaillé, ne se sentent pas en mesure

de soutenir des épreuves publiques. Cela tient aussi à l'insuffisance des traitements. (Voir t. XXII, page 430 et 432, en notes.) Cela tient enfin à ce que, trop souvent, les postes avantageux, au lieu d'être réservés aux médecins des asiles, sont donnés à des hommes qui n'ont aucune expérience des asiles, aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue administratif. Les nominations de ce genre sèment le découragement parmi le personnel médical et a pour conséquence de faire hésiter les jeunes médecins à se présenter au concours. Il est certain que la plupart des asiles pourraient être dirigés par des médecins, comme ils le sont dans tous les autres pays, et cela au plus grand bénéfice des malades et des établissements. Il en résulterait certainement une proportion plus considérable des guérisons.

B.

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS.

« La préfecture de la Seine va soumettre au conseil général un nouveau mode d'hospitalisation des aliénés, destiné à dégager les asiles d'une catégorie de malades n'exigeant pas des soins spéciaux. Il s'agit d'appliquer le système d'assistance familiale des aliénés déjà en usage dans certains pays étrangers et qui consiste à placer les aliénés non dangereux dans des familles de cultivateurs. Les cultivateurs qui recevront des aliénés seront surveillés par les agents de l'administration pénitentiaire. Le premier placement de cette nature sera fait dans une commune du département du Cher dont les conditions climatériques ont semblé les plus favorables à cette expérience. Cet essai portera sur cent aliénés. Les frais d'entretien s'élèveront à 61,000 fr. par an d'entretien et les frais de premier établissement à 15,000 fr. » (*L'Eclair.*)

Le département de la Seine n'ayant pas les asiles qu'il devrait avoir transférant en province environ 5,000 aliénés, et ne trouvant plus assez de place dans les asiles, doit chercher les moyens de faire face à ses besoins. Celui qu'on indique plus haut est-il le meilleur? Nous en doutons fort. Il ne remédie pas à cette mesure barbare des transferts; il la maintient, ce qui viole ce grand principe qui veut que l'assistance soit faite le plus près possible du domicile du malade afin de ne pas le priver complètement des visites de sa famille et de ses amis.

En mettant les aliénés placés chez des cultivateurs sous la surveillance de l'administration pénitentiaire — si le dire de l'*Eclair* est exact — loin d'avancer en assistance dans le sens humain, on recule de plus d'un demi-siècle et on rétablit ce que la loi du 30 juin 1838 a voulu supprimer. C'est assez déjà de la triste expérience qui se fait au dépôt de mendicité de Nanterre. B.

Un transfert d'aliénés.

Sous ce titre, la *Lanterne* du 28 août a publié l'entrefilet suivant : « Les voyageurs prenant le train à la gare Saint-Lazare, hier soir, vers 10 heures, ont assisté à un spectacle bien pénible.

« Dans la salle d'attente située du côté de la rue d'Amsterdam, 180 aliénés des deux sexes, surveillés par 45 gardiens et gendarmes, attendaient le train de 11 h. 15, à destination de Caen et Pont-l'Abbé (Manche). Ce convoi était dirigé par M. Charles Lefèvre, interne de l'asile de Villejuif. Ce transfert était ainsi composé : 70 femmes venant de Villejuif et 110 hommes de l'asile de Sainte-Anne. »

Nous reproduisons cette appréciation avec plaisir, car elle vient fournir un appui à la thèse des médecins qui ont toujours protesté contre la pratique barbare des transferts. L'auteur n'en a vu qu'une scène, l'une des moins attristantes : il n'a pas vu la scène du départ de l'asile même, ni la scène qui suit l'internement dans l'asile destinataire. Nous souhaiterions que des journalistes, un peu compétents, puissent assister à la première scène et à l'embarquement des aliénés. Leurs articles auraient pour résultat d'émouvoir l'opinion publique et de montrer la nécessité de la construction d'un certain nombre d'asiles en nombre suffisant pour supprimer les transferts. B.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — Arrêté du 23 octobre 1891. Le Dr Jules Sizaret, médecin-adjoint, nommé de l'asile public de Châlons à la Roche-Gondon (Mayenne), est maintenu à la 1re classe. — Arrêté du 4 novembre. M. Denizet, directeur, est nommé de l'asile public de Cadillac à l'asile public de Maréville (M.-et-M.), en remplacement de M. Mirepoix, décédé, et maintenu à la 2e classe. — Arrêté du 16 novembre. Le Dr Journiac, médecin-adjoint, nommé de l'asile public de Blois à l'asile de Châlons, est maintenu à la 1re classe. — Arrêté du 25 novembre. Le Dr Thivet, ancien interne des asiles de la Seine, interne à la Maison nationale de Charenton, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics (concours de Paris, 25 novembre 1890), nommé

médecin-adjoint à l'asile public de Blois, est compris dans la 2e classe. — Arrêté du 26 novembre. M. Gauckler, secrétaire général de la préfecture de Meurthe-et-Moselle, est nommé directeur de l'asile public de Cadillac et compris dans la 1re classe.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Le *concours pour l'internat* de Charenton a eu lieu les 22 et 23 décembre. Le jury était composé de M. l'inspecteur général Regnard, président, de M. le Dr Laburthe, médecin du Ministère de l'Intérieur, de MM. Christian, Ritti et Damalix, médecins et chirurgien de la Maison de Charenton. 5 candidats étaient inscrits; 4 ont subi les épreuves.

Composition écrite. — Bulbe rachidien. Les questions restées dans l'urne étaient : nerf de la langue; nerf spinal. — L'épreuve orale a été : diagnostic de la pneumonie; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire. Sont restées dans l'urne les questions suivantes : insuffisance mitrale, entorse; coliques hépatiques, fracture du col du fémur. Les 4 candidats ont fait de brillantes épreuves, et ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : MM. Berbez, Hamel, Escat et Lavergne. Ils prendront place au fur et à mesure des vacances qui se produiront à la Maison nationale de Charenton.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour l'internat en médecine.* — Ce concours a commencé le 7 décembre. Le jury était ainsi composé : MM. les Dre Deny, Dreyfus-Brissac, médecins des hôpitaux; Picque, chirurgien des hôpitaux; Boudrié, Briand, Marandon de Montyel et A. Voisin. 28 candidats se sont fait inscrire. 23 ont pris part à la composition écrite : *Lobes frontaux et pariétaux du cerveau* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : portion intra-crânienne du facial; — innervation du cœur. — 6 candidats ont été éliminés. Il en reste 17 à subir l'épreuve orale.

Concours pour l'internat en pharmacie. — Ce concours s'est ouvert le 9 novembre 1881. — Composition du jury : MM. Villejean, Chastaing, Prunier, pharmaciens des hôpitaux; Quesneville, pharmacien de l'Asile clinique, et Thibault. 19 candidats se sont fait inscrire, 6 seulement ont déposé une copie.

Sujet de la composition écrite : chimie : sulfates minéraux employés en pharmacie; — pharmacie : généralités sur la préparation des sirops; — matières médicales : produits fournis par la famille des strychnées. — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° chimie : carbonates employés en pharmacie; — pharmacie : Excipients employés pour la préparation des pommades; — matières médicales : produits fournis à la pharmacie par la famille des laurinées. — 2° Chimie : phosphates employés en pharmacie; — pharmacie : vins médicinaux; — matières médicales; — produits fournis par la famille des solanées.

L'épreuve définitive du concours a donné les résultats suivants : MM. Blouin, 68 points 25; Leduc, 67 p. 25; de Brody de Lamotte, 65 p. 50; Henry, 65 p. 50; Vallet, 56 p.; Robin, 54 p.

ASILE D'HANWELL. — La Commission des Asiles du comté de Londres, dans son assemblée de mardi dernier, a fait savoir qu'elle avait reçu avec regret la démission de M. Joseph Peeke Richards, directeur-médecin de la division des femmes de l'asile de Hanwell, et qu'il quitterait le service le 31 décembre prochain. M. Peeke-Richards a cinquante et un ans, il a été pendant quatre ans médecin-adjoint dans un service de l'asile, et ensuite médecin-directeur, pendant plus de dix-neuf années. La Commission, en présence de ces faits, et suivant les pouvoirs que lui concèdent les statuts, lui a accordé une pension de retraite annuelle, à partir du 1er janvier suivant, de 633 livres 6 sh. 8 d., soit 15,833 francs par an. (*The Lancet*, 14 novembre 1891, p. 1095.)

Relevons le chiffre de la pension de retraite : 15.833 fr. pour vingt-trois années de service! C'est en donnant des avantages de cette nature aux médecins qui s'acquittent sérieusement de leurs fonctions, qu'on assure un bon recrutement, qu'on maintient dans les asiles anglais des aliénistes de valeur et qu'on obtient une proportion de guérisons plus d'un tiers supérieure à celle des asiles français. (B.)

TÊTES ET CHAPEAUX. — On lit dans le *Progrès médical* : On se rappelle l'entrefilet que nous avons consacré, le 26 septembre dernier à la... géniale idée du chapelier Léon. La *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie* nous rappelle que cette idée avait déjà germé sous des crânes plus ou moins savants (ce que nous savions d'ailleurs) avant de venir en la cervelle dudit industriel. Elle rappelle, à ce propos, une communication de Broca à la *Société d'Anthropologie* (Bulletins, 1879, p. 101) démontrant la fausseté des résultats céphalometriques obtenus à l'aide du conformateur des chapeliers. Il nous semble que les critiques lancées contre ce malencontreux instrument sont bien acerbes ; mais, du moment que c'est l'Anthropologie qui se plaint, nous n'avons qu'à nous incliner et nous reconnaissons sans peine qu'il vaut mieux, en effet, laisser le conformateur à la boutique que l'emporter au laboratoire. N'a-t-on pas tenté cependant de mesurer le thorax par un procédé analogue ? La méthode a-t-elle d'aussi grands inconvénients pour la poitrine que pour la tête? Il importerait d'être fixé sur ce second point.

LES DRAMES DE LA FOLIE. — *Nancy, 16 décembre.* — Après de longues recherches, on a enfin retrouvé aujourd'hui, à 4 heures,

le corps de la fille de M. Tourdes, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy. La fille de M. Tourdes, qui était âgée de vingt-cinq ans, s'était récemment mariée avec un lieutenant du 8e d'artillerie. C'est dans un accès de folie qu'elle s'était jetée dans le canal. (*L'Eclair.*) — Ce fait montre une fois de plus combien il est difficile de soigner les aliénés à domicile et la nécessité de leur internement dans l'immense majorité des cas.

Une famille de fous. — Un gamin de onze ans, Jules B..., était amené hier matin par sa mère au bureau de M. Girard, commissaire de police. Ce précoce gamin avait tenté le matin de scier le cou de sa sœur, âgée de huit mois. Quelques jours auparavant, profitant du sommeil de sa cousine, âgée de treize ans, il s'était levé au milieu de la nuit et avait tenté de l'étrangler. Ce malheureux ne rêve que meurtre. A la moindre observation, il entre dans des colères épouvantables, saisit un couteau ou une hachette et essaie d'en frapper ceux qui se trouvent à sa portée. Son père est mort fou il y a un an, sa grand'mère est morte folle, ses oncles et ses tantes, côté paternel, sont internés dans diverses maisons de santé comme fous. (*L'Eclair.*) — D'où la preuve qu'il faut hospitaliser les enfants dégénérés, idiots, imbéciles, pervers, instables, etc. Nous signalons ce cas à M. Timofeëff[1].

Les drames des asiles d'aliénés. — *Assassinat d'un gardien.* — La maison de santé dite du Castel d'Andorte, située au Bouscat, près Bordeaux, vient d'être le théâtre d'un drame sanglant. Un des aliénés, ancien entrepreneur de travaux publics très connu, depuis longtemps pensionnaire de l'asile, a réussi à tromper la vigilance de ses gardiens en pleine nuit. Il a quitté son dortoir, est descendu dans une cour, où il s'est armé d'une hachette, puis, remontant dans un couloir où dormait un des gardiens, la gorge nue, il se précipita sur le malheureux et, le frappant au cou, lui trancha l'artère carotide. Ce gardien mort, le fou en appela un autre, avec l'intention visible de lui faire subir le même sort. Mais celui-ci réussit à le saisir par derrière au moment où il tentait d'enfoncer une porte et parvint à le maîtriser. (*Progrès médical.*)

Meurtre d'un aliéné par des gardiens. — Un drame s'est

[1] Voir sur la question de l'assistance de ces enfants l'opinion des aliénistes de 1792 à 1840 dans le tome Ier du *Recueil de mémoires sur l'idiotie*, que nous avons publié cette année; — notre lettre à M. Poubelle, préfet de la Seine et au Conseil de surveillance de l'assistance publique : *De l'assistance des enfants dits incurables;* — nos *Comptes rendus* du service de Bicêtre de 1880 à 1890; — nos *Rapports sur la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés* à la Chambre des députés (1889) et au Conseil supérieur de l'assistance publique (1891) et divers articles dans le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie* (B.).

déroulé, lundi dernier, à l'asile de Saint-Méen, près de Rennes. Un fou, devenu subitement furieux a été tué par les gardiens qui étaient, dit-on, en état d'ivresse. L'autopsie a démontré que le malheureux fou a succombé à des violences nombreuses ; le corps portait la trace de plus de quarante coups de pieds ou de bâton. Les deux gardiens, auteurs présumés de cet acte de sauvagerie, ont été mis à la disposition de la justice. (*Prog. méd.*) — Ce qui montre la nécessité de mieux recruter le personnel secondaire des asiles, ce qui n'est possible qu'à la condition de les mieux payer, de les instruire et de leur accorder une pension de repos. C'est là une réforme qui devrait tenter le directeur de l'assistance publique en France. Ce que nous demandons existe en Angleterre.

TENTATIVE D'ASSASSINAT CONTRE UN MÉDECIN. — Le Dr Gircourt, conseiller général de Neuville-aux-Bois (Loiret), revenait la semaine dernière de la chasse, quand il fut assailli près de chez lui par un individu armé d'un énorme bâton. Grâce à son sang-froid, le Dr Gircourt, quoique ayant reçu de la part de son adversaire des coups assez violents, put le tenir en respect et finalement le mettre en joue. Devant cette menace, l'individu, un nommé Amiard, marchand de miel à Neuville, se retira, promettant de recommencer à la prochaine occasion. Cet homme atteint de la folie de la persécution est, pour tous les habitants de la contrée, un sujet de terreur. (*Républicain orléanais.*) — Cet Amiard est le parent d'un enfant du service de M. Bourneville, à Bicêtre.

LE LIT A DEUX. — Un argument pour les ménages qui aiment faire chambre à part : c'est *The Lancet* qui le leur fournit : « Rien, dit ce journal, ne détraque autant le système nerveux d'une personne qui élimine de la force nerveuse, comme de coucher toute une nuit avec une autre personne, qui absorbe cette même force nerveuse. Celle-ci dormira profondément toute la nuit, et se lèvera le matin allègre et bien reposée, tandis que l'autre passera une nuit abominable, et se réveillera sans forces, découragée, abattue, bourrue et irritable. Deux personnes ne devraient jamais coucher ensemble d'une manière habituelle. L'une gagne ce que l'autre perd. C'est la loi. » On se demande où *The Lancet* a découvert cette loi, et à quoi se reconnaissent les personnes qui éliminent et celles qui absorbent de la force nerveuse ? Il y a bien quelque chose d'analogue dans l'histoire du roi David, à qui les médecins de l'époque conseillèrent de mettre dans sa couche une « jeunesse » pour réconforter ses forces défaillantes. Mais cette histoire manque d'autorité scientifique. Cependant un journal, non moins sérieux que *The Lancet*, les *Annals of Hygiène*, partage l'opinion du journal : « Un grand nombre, dit-il, des malaises nerveux dont on se plaint souvent le matin au lever sont dus à l'habitude de coucher à deux. Il se fait pendant la nuit des échanges électriques entre

les deux organismes en présence et la répartition inégale de ces forces électriques dégagées finit par amener des résultats fâcheux. » A la bonne heure ! Et voilà peut-être l'explication de bien des brouilles domestiques et de ruptures conjugales, l'incompatibilité nocturne électrique ! Et quelle belle cause à plaider pour les avocats de divorce : la puissance absorbante de madame épuisant les courants électriques de monsieur ! (*La Médecine moderne.*)

LA MORPHINOMANIE A DEUX. — Il y a déjà longtemps que dans ce journal nous avons insisté sur la morphinomanie à deux. Un scandale récent en est un nouvel exemple et l'un des plus typiques. Bien que tous les journaux politiques aient cité des noms, nous nous en garderons. Qu'on se rappelle seulement qu'un morphinomane connu, M. G..., à peine marié, enseigna à sa jeune femme l'agréable façon de se servir de la seringue à morphine. Ce qui n'empêche pas le ménage d'être des plus unis, malgré la séparation temporaire ordonnée par la police. En ce moment même, il y a à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot, un ménage de morphinomanes, dans lequel c'est également le mari qui est le premier coupable.

UNE EXPÉRIENCE A FAIRE SUR L'HÉRÉDITÉ. — M. Alexandre Dumas fils, dans la préface d'un livre intitulé : *Le Palais de Justice à Paris*, parle d'une expérience à faire pour résoudre chez l'homme le problème de l'Hérédité d'une façon vraiment scientifique :

« Nous avons les oreilles rebattues des questions d'hérédité, de libre arbitre, de responsabilité ; pourquoi ne pas essayer de résoudre ces questions *in anima vili ?* Au lieu de couper la tête à ce misérable (le condamné à mort), ce qui ne sert absolument à rien et ne prouve rien, si nous l'utilisions ? Expédions-le dans une de nos colonies pénitentiaires, accouplons-le avec une coquine de son espèce et voyons un peu quel produit ils nous donneront ou plutôt ce que nous pourrons tirer de leur produit, non pas en le laissant dans le milieu où il est né, sous l'influence immédiate de ses générateurs et sous l'autorité de gardes-chiourme qui le traiteront de fils d'assassin et d'empoisonneuse, mais en le transportant dès sa naissance dans un milieu sain où rien ne lui révèlera ni ne lui imposera jamais ses origines. Mettons-la aux prises avec la nature et l'empirisme. C'est une *expérience de laboratoire* comme une autre ; c'est de la sélection supérieure. Donnons à cet enfant l'éducation et l'instruction que nous donnerions à nos propres enfants et voyons ce que deviendra cette implacable hérédité, objet de tant de discussions, purement théoriques jusqu'à présent. Si nous allions obtenir un individu intelligent, moral, utile, quelle découverte, quel pas en avant, quelle réfutation du péché originel de la religion et des fatalités de la science ! »

Exercice illégal de la médecine. — *L'Institut dynamodermique du Havre.* — Il y a quelque temps, la goélette *Marguerite*, venant de Rouen, débarquait au Havre trois messieurs qui s'installèrent dans le meilleur hôtel et annoncèrent qu'ils possédaient une méthode spéciale pour la guérison radicale de la plupart des maladies abandonnées par les médecins. Bien entendu, nombreux furent bientôt les clients, et le « docteur » Moron, directeur de l'Institut dynamodermique — c'est sous ce qualificatif qu'il exerçait — disait gravement aux malades : Appliquez-vous sur la peau tant de plaques dynamodermiques, et vous guérirez. Moron remettait les plaques avec la manière de s'en servir, signant ses consultations du nom de « docteur de Monplaisir ». Les malades s'aperçurent bientôt que les plaques ne produisaient aucun effet. Ils portèrent plainte. Moron, qui avait déjà prudemment levé l'ancre et pris le large sur la *Marguerite*, était cité à comparaître hier, devant le tribunal correctionnel du Havre, qui l'a condamné à 1,000 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine. Ce n'est pas la première fois que le directeur de l'Institut dynamodermique a maille à partir avec la justice. Plusieurs fois déjà, les tribunaux belges l'ont condamné, toujours pour le même motif. Ses deux complices n'ont pas été inquiétés (*Temps*).

Incendie de l'hospice-asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — Dans la soirée du 5 novembre, vers 9 heures, l'ancien asile des aliénés de Saint-Venant, qui avait été transformé depuis 1885 en hospice départemental, a été presque entièrement détruit par un incendie. Des passants, ayant remarqué au sommet du bâtiment central quelques points incandescents, prévinrent immédiatement le préposé responsable qui, aidé des infirmiers et des employés du nouvel asile rapidement accourus sur le lieu du sinistre, procéda immédiatement au sauvetage des malades. Cette opération ne fut pas exempte de difficultés, car nombre d'entre eux, affolés par la peur, durent être emportés à bras le corps et non sans résistance dans les maisons voisines. On les conduisit, pendant une nuit très froide, à l'asile des aliénés où un logement provisoire et tous les soins nécessaires leur ont été donnés, en attendant leur répartition dans les divers hospices de la région. Cet établissement, comprenant une population de 137 malades et administré par le directeur et le personnel de l'asile des aliénés, était consacré aux vieillards et principalement aux jeunes idiots et épileptiques des deux sexes. L'avenir important qui pouvait lui être réservé et la rareté, en France, d'établissements de ce genre feront doublement regretter sa perte. Malgré la rapidité des premiers secours et l'arrivée successive des pompiers d'Haverskerque, Robecq, Lillers, Béthune et Aire, tous les bâtiments, sauf quelques annexes, ont été complètement détruits. On n'a eu à déplorer aucun accident. Tous

les malades ont pu être sauvés. Les causes du sinistre sont inconnues. L'incendie de cet hospice, celui de l'hôpital de Lorient, montrent une fois de plus la nécessité d'un large approvisionnement d'eau et d'installations de postes d'incendie dans les hôpitaux. A Paris, il est des établissements mal pourvus à cet égard : nous pouvons citer en tête l'hospice de Bicêtre, qui manque d'eau (*Progrès médical.*)

Accès de folie furieuse. — Un jeune homme de vingt ans a frappé de quatre coups de couteau sa maîtresse. Il a agi sous l'empire de la démence. C'était un fou récemment sorti de Sainte-Anne et qu'à tort on avait cru guéri. Ce meurtre inconscient a été commis hier, 1, rue Poncelet. Le meurtrier, M. Maxime Brouillet, vivait maritalement avec une jeune femme, Jeanne Gervais, plus âgée que lui de deux ans. Ils menaient une existence très paisible, et paraissaient s'aimer beaucoup.

Mais ces temps derniers, le jeune homme donna des signes de dérangement d'esprit, qui inquiétèrent ceux qui savaient ses antécédents. Il s'irritait hors de propos, à tel point que les intimes conseillaient à la jeune femme de ne pas demeurer plus longtemps avec lui. Elle ne tint pas compte de ces avis.

Ce fut au cours d'une querelle extrêmement futile qu'il lui porta soudain, dans un accès de folie furieuse, quatre coups de couteau à la tête. Mais l'acte accompli, à la vue du sang, le sentiment de la réalité lui revint et, redevenu maître de sa raison, il alla, en pleurant, se constituer prisonnier entre les mains des premiers agents qu'il rencontra. L'état de M^lle^ Gervais est grave. On l'a transportée à Beaujon. (*Eclair*, 2 novembre 1891.)

— Samedi 1^er^ août, à Saint-Christophe-sur-Condé, on a trouvé noyée dans une mare la veuve Beulard, une vieille femme de quatre-vingt-dix ans, qui habitait chez sa nièce, M^me^ C... Celle-ci lui avait apporté au lit son déjeuner, qu'elle avait mangé de bon appétit, et elle fut très étonnée, quand elle revint une heure après, pour faire la chambre, de ne pas y trouver sa tante. Presque au même instant, les voisins retiraient de l'eau le corps de la pauvre femme, qu'on essaya en vain de rappeler à la vie. La veuve Beulard ne jouissait plus, depuis quelque temps, de toute sa raison. Elle craignait toujours mourir de faim.

— Une dépêche de Saint-Etienne en date du 18 avril, annonce que la femme Bazin, habitant Grand-Croix, *qui est atteinte d'épilepsie*, tenait son enfant à la fenêtre lorsque, prise subitement d'un accès, elle le laissa échapper. L'enfant tomba dans la rue et expira quelques instants après.

Ces faits, qu'il serait facile de multiplier beaucoup, montrent la nécessité de traiter dès le début l'aliénation mentale. Ils viennent

à l'appui d'un prompt internement. Ils devraient faire comprendre aux administrateurs, et en particulier aux préfets, qu'ils ne doivent pas attendre qu'un crime ait été commis, qu'un accident grave soit survenu pour autoriser l'admission dans un asile, mais qu'ils doivent donner des instructions pour que l'hospitalisation se passe sans délai, dès que la folie est constatée. Malheureusement, la plupart des préfets ont peu de connaissance des questions d'assistance et considèrent, bien à tort, la loi du 30 juin 1838 comme une loi de police et non comme une loi d'assistance.

Épilepsie et Mariage. — Faut-il permettre le mariage à un ou une épileptique ? C'est une question à laquelle nous ne voulons pas répondre aujourd'hui. Mais le document suivant nous paraît avoir une certaine saveur et nous ne résistons pas au plaisir de le mettre sous les yeux de nos lecteurs. C'est la traduction d'un procès-verbal original rédigé, en latin, conservé aux Archives de la ville de Luçon (Vendée). Cette traduction a été publiée par M. P. Marchegay.

Rupture de fiançailles, entre paysans, la fiancée étant atteinte de mal caduc (17 mars 1533).

... Par-devant nous, official et visiteur de l'Evêché de Luçon, ont comparu Nicolas... lequel nous a exposé que depuis un an, ou environ, entre les mains d'un prêtre et par paroles de futur, il a contracté avec Belutelle des fiançailles dont les bans ont été publiés; mais depuis il est venu à sa connaissance que ladite, sa fiancée, est atteinte de mal caduc. — L'exposant s'est donc par ce motif présenté devant nous pour demander et requérir la rupture des fiançailles et obtenir la permission de se marier ailleurs;... et il affirme en outre par serment qu'il n'y a jamais eu entre sa fiancée et lui aucune copulation charnelle... Lesquelles choses vues par nous et parties ouïes, nous avons cassé les fiançailles susdites.

Ainsi, dès 1533, la religion catholique considérait l'épilepsie comme une raison suffisante de nullité pour les fiançailles. Mais, pour ce obtenir, le fiancé avait dû payer à son ex-fiancée « six boisseaux de méture, un lit de plume avec traversin, avec une berne et deux aunes de drap gris ». (*Progrès médical.*)

Hypnotisme; truc de saltimbanque. — Dernièrement, un individu annonçait, à Arromanches, qu'il donnerait le soir une séance de prestidigitation sur la place de la Mairie. Cet individu demanda une personne de bonne volonté pour servir à des expériences. Un nommé C... fut désigné par l'assistance. Le prestidigitateur le fit entrer sous une tente, lui passa un cordon rouge autour du cou et lui maquilla la figure au point de le rendre méconnaissable. Puis, il lui donna par écrit les instructions nécessaires pour la séance en lui recommandant d'être sérieux, afin de ne pas lui faire rater sa représentation. C... affirme qu'il ne dormait pas. Le len-

demain, à la mairie, même séance. (*Bonhomme normand* du 28 août.)

DÉSESPOIR D'UN INCURABLE. — La nuit dernière, un cocher d'une voiture de cercle, qui passait sur la place de la Concorde, aperçut adossé contre la grille du jardin des Tuileries, un homme qui venait de se tirer un coup de revolver dans la tempe droite. Il prévint immédiatement le commissaire de police du quartier, qui vint procéder aux constations légales. Celui-ci trouva dans les vêtements du mort, une lettre adressée à M. Lucien Faucher, juge de paix à Limoges. Dans cette lettre, M. Léonce Faucher, son frère, lui annonçait que les médecins qu'il était venu consulter à Paris lui ayant déclaré que la maladie dont il était atteint ne pouvait être guérie, il était décidé à se tuer. Le corps de M. Léonce Faucher a été transporté à la Morgue. (*Journ. des Débats.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Cette société a procédé à la nomination de son bureau dans sa séance du 28 décembre. Ont été nommé : *Président*, M. Th. ROUSSEL, sénateur; — *Vice-président*, M. CHRISTIAN; — *Secrétaire général*, M. RITTI; — *Secrétaires*, MM. René SEMELAIGNE et P. SOLLIER.

Georges GUINON et J.-B CHARCOT.

RITTI (A.). — Congrès international de médecine mentale tenu à Paris du 5 au 10 août 1889 (*Comptes rendus*). Volume in-8° de 502 pages, avec 9 planches hors texte. — Paris, 1891. — Librairie G. Masson.

AVIS A NOS ABONNÉS. — L'échéance du 1er **Janvier** étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 **Janvier**, augmentée de **un franc** pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1291

Vol. XXIII. Mars 1892. N° 68

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

SUR UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE A DÉBUT TRÈS PRÉCOCE

(PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE[1]) ;

Par MM. J.-M. CHARCOT et A. DUTIL.

La paralysie générale progressive est une maladie de l'âge mûr. Tous les auteurs qui depuis Bayle et Calmeil ont publié les relevés statistiques de leur pratique personnelle, s'accordent à le reconnaître. C'est entre trente-cinq et cinquante ans qu'elle apparaît en général. Après cinquante ans elle devient plus rare et l'on appelle *tardifs* les cas exceptionnels où on la voit se produire après soixante ans. Exceptionnels également sont ceux où la maladie fait son apparition avant la trentième année ; plus rares encore et bien *précoces* ceux où elle se développe entre vingt et vingt-cinq ans. A la vérité les faits de cette dernière catégorie sont si peu communs que quelques médecins, M. Luys notamment, en ont, mais bien à tort, nié l'existence. C'est donc, *a fortiori*, un fait remarquable, étrange, dirions-nous, s'il était absolument sans exem-

[1] Voir à ce sujet la leçon de M. le professeur Charcot parue dans le n° 6 du *Mercredi Médical*.

ple, que de pouvoir constater la paralysie générale bien caractérisée chez un sujet à peine adolescent. Tel est le cas d'un jeune garçon de seize ans que nous avons récemment observé et chez lequel les premiers signes de la maladie se sont manifestés, il y a au moins deux années, c'est-à-dire à l'âge de *quatorze ans*. Voici le fait.

OBSERVATION. — *Paralysie générale progressive ayant débuté à l'âge de quatorze ans chez un jeune garçon actuellement âgé de seize ans. Signes somatiques bien caractérisés. Démence simple, sans conceptions délirantes.*

Edouard G..., âgé de seize ans, a été admis à la Salpêtrière dans le service de la clinique, le 20 décembre 1891.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Côté paternel.* — Le *grand-père* était âgé de cinquante-deux ans à la naissance du père du malade. Il est mort à soixante-huit ans hémiplégique et aphasique.

La *grand'mère* est décédée à l'âge de soixante-neuf ans après avoir été paralysée des quatre membres (?) pendant onze mois.

Un *cousin germain* est sujet à « des dérangements du cerveau » qui durent deux ou trois mois, pendant lesquels il s'enferme chez lui et ne veut voir personne.

Le *père* du malade est maintenant en parfaite santé, mais il s'est autrefois, adonné à la boisson ; il aurait eu un accès de délire alcoolique quelque temps après la naissance du malade. Il n'a jamais eu d'accidents syphilitiques.

Côté maternel. — La *mère* est morte d'une fluxion de poitrine à l'âge de quarante-neuf ans ; elle était d'un naturel calme, n'avait présenté aucun trouble d'ordre névropathique.

Elle a eu quatorze garçons et quatre filles. Sur ces dix-huit enfants, quinze sont morts en bas âge de maladies indéterminées. Tous sont nés à terme. Trois sont encore vivants : notre malade et *deux* frères, ses aînés, âgés de 25 à 30 ans, bien développés et jouissant d'une santé parfaite. Tels sont les renseignements que nous avons pu obtenir sur les antécédents de famille du sujet.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Dans son enfance, à l'âge de trois ans, il a eu une rougeole bénigne qui guérit sans complications. Pas d'autre maladie antérieure à l'affection actuelle.

Il n'a pas eu de convulsions dans le cours de ses premières années. Il a marché et parlé de bonne heure ; il n'a pas uriné *tard* dans son lit. Il n'a présenté aucune anomalie dans son développement physique, aucun accident névropathique.

Au dire de ses parents il était gai, vif, jouait et courait avec les enfants de son âge. A l'école primaire, il apprit aisément à lire et à écrire. Doué d'une bonne mémoire, studieux et docile, il était un des mieux notés de sa classe. Ses cahiers d'école témoignent, en effet, qu'il avait acquis un certain degré d'instruction primaire et de fait il obtint en juin 1889, après examen, son « certificat d'études ». Jusque-là rien de particulier.

En sortant de l'école primaire, il entra comme apprenti-commis chez un marchand de cravates en gros (décembre 1889). Il avait alors quatorze ans. Tout alla bien pendant le premier mois, mais en février 1890 son patron écrivit à son père que son fils était incapable de faire du commerce ; que son intelligence baissait, qu'à de certains jours il était comme abruti, qu'il n'avait pas du tout d'initiative, qu'il fallait le commander à tout propos, qu'enfin il écrivait très mal et ne pouvait pas tenir la comptabilité. Le patron consentit néanmoins à garder l'enfant dans sa maison. Mais il fut, dès cette époque, considéré comme incapable et son travail consista à ranger, à épousseter les marchandises dans le magasin et à faire quelques commissions en ville. Quand on lui donnait une course à faire il se rappelait assez bien les noms et adresses des personnes chez lesquelles il devait déposer des paquets. Cependant il lui arriva à plusieurs reprises de s'égarer, de rentrer très en retard sans qu'il pût raconter clairement ce qui lui était arrivé, ni par quelles rues il avait passé.

A la même époque (février et mars 1890), son père et son frère remarquèrent, en se promenant avec lui, qu'il était « tout changé ». Il se montrait taciturne, ou bien il tenait des propos bizarres, sans intérêt ; il racontait en détail des événements insignifiants. Il lui arrivait de temps en temps de bredouiller, de ne pas pouvoir finir une phrase. « Quand il était fatigué il tremblait des mains. »

En août 1890, il alla passer la saison des vacances à la campagne, chez une de ses tantes. Là il eut, un jour, une attaque à laquelle sa tante a assisté et qu'elle nous a décrite ainsi : Tout à coup il est devenu très rouge, il titubait comme s'il allait tomber, il était tout tremblant ; il balbutiait des mots incompréhensibles. On le fit asseoir, on lui donna de l'éther à respirer et au bout de quelques minutes la crise était passée. Au sortir de cet ictus, il se plaignit de sa jambe droite qui lui paraissait lourde ; sa parole était aussi plus embarrassée qu'à l'ordinaire. Mais cet affaiblissement du membre inférieur droit, ce trouble de la parole disparurent le soir du même jour.

Pendant l'année 1891, l'état du malade ne s'améliora nullement. Tous les troubles que nous avons déjà mentionnés persistèrent. Mais depuis trois mois les parents ont remarqué que la maladie fait de rapides progrès, que l'intelligence s'affaiblit de plus en plus.

Il y a deux mois environ, on s'est aperçu pour la première fois qu'il laissait échapper ses urines dans son lit.

ETAT ACTUEL. — G... est de taille petite, ses membres sont grêles de forme. Il n'est point amaigri cependant et son visage est assez coloré. Il n'a pas l'apparence infantile, mais il est dans sa dix-septième année, et les marques de la puberté sont chez lui peu apparentes. Il paraît « plus jeune que son âge ». Sa croissance, son développement physique ont certainement subi un arrêt ou tout au moins un ralentissement marqué.

Il a l'air hébété. Il est vrai qu'il se montre attentif aux questions qu'on lui pose, mais son visage reste morne et jamais sa physionomie ne s'anime, ni ne s'émeut.

Son maintien et sa démarche sont assez particuliers. Il a le dos voûté; il porte la tête basse, et il tient ses bras arrondis et éloignés du corps. Il s'avance dans cette posture, d'un pas mal assuré, les pieds fortement tournés en dehors, en écartant les jambes, avec un balancement du corps qui rappelle la démarche classique du matelot. Parfois, il manque de tomber si on le fait se retourner brusquement.

Tous ses gestes sont empreints de gaucherie.

Il est facile de constater chez ce malade l'existence des symptômes suivants :

Dans l'*ordre psychique :*

1° Un *affaiblissement intellectuel* très prononcé, sans délire caractérisé, et se traduisant par un état d'apathie, d'inertie et d'indifférence complètes. Il est habituellement triste, silencieux. Jamais il ne rit, ni ne joue.

Sa principale occupation dans la salle est de copier et de façon bien incorrecte les pages d'un livre d'histoire. Parfois, il répète ce qu'il a vu ou fait dans la journée, comme le ferait un bébé qui raconterait sa promenade, avec des « et puis..., et puis..., et puis... »;

2° Sa *mémoire* est notablement affaiblie. L'amnésie porte principalement sur les événements récents.

Ainsi, le plus souvent, il ne peut répéter correctement une phrase qu'on vient de lire en sa présence. Il la reproduit en oubliant un ou plusieurs mots. Par contre, il récite certaine poésie qu'il avait apprise à l'école primaire. Il serait incapable d'accomplir n'importe quelle fonction exigeant de sa part un peu d'initiative;

3° Ses qualités *affectives* sont à peu près anéanties.

Dans l'*ordre physique*, voici ce que l'on observe chez ce malade :

1° Un *tremblement de la langue et des lèvres*, entrecoupé de secousses fibrillaires qui s'étendent parfois aux muscles des joues et même des parties supérieures du visage, quand le malade ouvre la bouche ou se dispose à parler;

2° Un *embarras de la parole* très marqué lorsque le sujet est un

peu fatigué, lorsqu'on lui fait prononcer une phrase où les consonnes *l* et *r* abondent, telle que celle-ci : « Je suis maréchal au 33e régiment d'artillerie. »

Alors l'élocution est hésitante, trémulante, les syllabes semblent empiéter les unes sur les autres. Le malade oublie et passe certaines lettres ou syllabes et parfois des mots entiers. C'est le parler typique de la paralysie générale progressive. Quand il répond simplement aux questions qu'on lui pose, il parle lentement, d'une voix faible, avec des arrêts brefs qui coupent de temps à autre l'élocution, mais sans cette trémulation qui, toujours, apparaît dans les conditions sus-indiquées;

3° Un *tremblement menu, vibratoire*, très prononcé, *des deux mains*. Ce tremblement n'existe pas toujours au repos. Il suffit pour le faire apparaître de placer les bras du sujet dans l'attitude du serment, la main ouverte et les doigts écartés.

L'*écriture* est troublée. Si on la compare à l'écriture du sujet antérieure au début de sa maladie, on voit que le malade trace actuellement des caractères plus grands, d'un trait plus gros et finement tremblé. Dans une page de *copie*, on constate presque à chaque ligne des mots, des syllabes oubliés, des lettres mises à la place d'autres lettres. La main et la mémoire sont en défaut;

4° De l'*inégalité des pupilles*.

La droite est plus dilatée.

Elles réagissent à l'accommodation, mais le réflexe est aboli pour la lumière (*signe de A. Robertson*). — Pas de lésions du fond de l'œil. Pas de diplopie. Pas de nystagmus;

5° Des *fourmillements* qui se montrent de temps à autre en maintes régions du corps (mains, cuisses, etc.), mais qui, parfois, se produisent sous forme d'*attaque d'épilepsie sensitive*. En pareil cas, la sensation de fourmillement apparaît dans le *pied droit*, remonte le long du membre inférieur et du côté correspondant du tronc, puis s'étend à la face droite et à la moitié droite de la langue, en même temps qu'elle descend de l'épaule jusqu'aux extrémités des doigts du même côté.

Une fois, cette épilepsie sensitive s'est accompagnée d'une impossibilité de parler qui a duré quelques instants encore après que l'attaque était passée. Jamais de scotome;

6° Depuis deux mois environ, le malade de temps en temps laisse échapper ses urines dans son lit;

7° Des accès de céphalées frontales, courtes de durée, sans caractères particuliers.

Tels sont les principaux symptômes que présente G...

Il n'existe chez lui ni parésie, ni paralysie localisée. Seulement une débilité musculaire générale et une exagération notable des réflexes rotuliens, sans trépidation spinale.

On ne constate pas de troubles de la sensibilité autres que les fourmillements sus-indiqués.

Pas de vertiges. — Pas de troubles trophiques. — On a recherché avec soin, et sans en constater un seul, les stigmates de la syphilis héréditaire.

On le voit, c'est bien la paralysie générale progressive qui est en jeu chez le jeune malade dont nous venons de relater l'observation. En dépit de l'âge du patient le diagnostic s'impose véritablement. Rien ne manque au tableau : Une déchéance profonde de la mémoire et de l'intelligence, l'embarras de la parole si spécial, si caractéristique, l'inégalité de pupilles, le signe d'Argyl Robertson, le tremblement des mains, et traversant de temps à autre ce syndrome permanent mais à évolution progressive des ictus congestifs et des attaques d'épilepsie sensitive. Tous les symptômes essentiels par lesquels s'affirme chez l'adulte la démence paralytique se retrouvent en somme chez cet enfant.

Il y a dans l'histoire pathologique de notre malade quelques particularités qui méritent d'être soulignées.

Notons, en premier lieu, le ralentissement, et même l'*arrêt* qu'a subi son *développement physique* sous l'influence de la périencéphalite diffuse qui le tient. Il est évidemment de taille plus petite, d'apparence plus chétive, que la plupart des enfants de son âge. Ses parents sont très affirmatifs à cet égard.

Jusqu'à l'âge de quatorze ans il s'est bien développé tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Mais depuis qu'il est malade, c'est-à-dire depuis deux ans, il a cessé de grandir, « et il s'est déformé », suivant l'expression dont s'est servi le frère aîné du sujet. Cette dernière locution vise l'attitude et

la démarche très particulières qu'on remarque dès l'abord chez notre malade et que nous avons déjà indiquées. Ces modifications dans l'habitude extérieure, ces troubles de la marche ne sont points étrangers au tableau de la paralysie générale. Ils s'observent même assez communément chez les paralytiques généraux. Marcé les a dépeints de façon très exacte dans ce passage que nous empruntons à son *Traité pratique des maladies mentales :* « En marchant ils écartent les jambes, se tiennent courbés comme s'ils avaient un tour de rein, tombent pesamment d'un pied sur l'autre et les lèvent à peine. Aussi trébuchent-ils facilement sur un terrain inégal. Si au milieu de leur course on les appelle pour les faire retourner brusquement, ils s'arrêtent en chancelant et oscillent quelques secondes avant de pouvoir changer de direction. »

Une autre particularité que présente notre malade et qui mérite d'être mise en relief est celle-ci : Parfois il éprouve tout à coup une sensation d'engourdissement, de fourmillements dans la jambe droite. Ces fourmillements montent rapidement le long du membre inférieur, de la moitié droite du tronc, gagnent l'épaule et de là descendent en suivant le membre inférieur du même côté jusque dans la main et les doigts. C'est là, bien que sous une forme atténuée, un véritable accès d'*épilepsie sensitive*. On sait que l'un de nous, en décrivant ce syndrome, a précisément signalé sa fréquence dans la paralysie générale progressive dont il est souvent (associé ou non à la migraine ophthalmique) un des signes avant-coureurs.

Remarquons enfin, que ni la syphilis, soit héréditaire soit acquise, ni une autre maladie infectieuse ne

sauraient être invoqués dans le cas particulier pour expliquer l'éclosion si prématurée d'une maladie qui jusqu'à ces derniers temps semblait appartenir exclusivement à la pathologie des adultes.

Une hérédité neuropathique, non pas très accentuée mais certaine, l'alcoolisme du père, tels sont les seuls éléments étiologiques auxquels puisse être rattachée, croyons-nous, cette paralysie générale si précoce.

Ce fait n'est pas sans précédent. Des cas de ce genre dans lesquels la paralysie générale est apparue avant la vingtième année, soit au moment de la puberté, soit dans le cours de l'adolescence, existent déjà; mais ils sont en bien petit nombre. On en compte à peine une *dizaine* parfaitement avérés et authentiques. Ils ont été publiés en Angleterre par Turnbull[1], Wiglesworth[2], Clouston[3]; en France par M. Regis[4], par M. Vrain[5] et tout récemment par M. Ballet.

Peut-on en groupant ces faits et en les comparant arriver à quelques conclusions permettant de reconnaître à la paralysie générale très précoce, *juvénile;* quelques caractères qui la distingnent de la paralysie générale venant à son heure, dans des conditions pour ainsi dire normales?

Il serait imprudent en présence d'un petit nombre de faits de chercher à s'arrêter à des formules rigoureuses. Voici cependant quelques remarques qui très

[1] Turnbull. — *Journ. of mental sciences*, oct. 1881.

[2] Wiglesworth. — *Ibid.*, juillet 1883.

[3] Clonston. — *Journal of mental sci.*, 1877, p. 419, et *Edimburgh med. journal*, 1891, page 1,011 et suivantes.

[4] Régis. — *Encéphale*, 1883 et 1885.

[5] Vrain. — *Contribut. à l'étude de la paralysie générale à début précoce*, th. doct., Paris, 1887.

probablement, autant qu'on en puisse juger recevront la sanction des observations ultérieures.

C'est le plus souvent (8 fois sur 10) à l'époque critique de la puberté, entre douze et seize ans qu'apparaissent les premiers indices de la maladie. Jusque-là aucun trouble nerveux, aucun incident particulier. L'on peut dire que dans le plus grand nombre des cas le développement physique et intellectuel des sujets avait suivi pendant leurs années d'enfance, son cours régulier.

Ce sont les troubles psychiques qui ouvrent la scène. Les malades perdent leur gaîté, leur entrain, ils sont apathiques, taciturnes. L'activité mentale s'éteint, la mémoire et l'intelligence vont s'affaiblissant par degré et le malade devient un incapable et bientôt un dément. Pendant ce temps les signes somatiques apparaissent et s'accusent à un haut degré. C'est ici le lieu de noter l'arrêt que subit la croissance, le développement physique des jeunes sujets que la maladie saisit à l'époque de la puberté. Il en a été ainsi chez notre malade. Dans deux cas de Clouston relatifs à des femmes, les règles ne parurent pas, les seins et le système pileux restèrent à l'état rudimentaire. Dans la période d'état, quand la maladie est bien confirmée les symptômes physiques l'emportent par leur netteté sur les signes d'ordre psychique qui restent au second plan. Le côté mental n'est représenté, en effet, dans la majorité des cas que par de la débilité mentale, un état de démence simple, tranquille, sans conceptions délirantes, sans excitation maniaque, sans délire ambitieux. Les choses, à cet égard, semblent se passer comme dans la paralysie générale des femmes. Il en a

été ainsi dans des observations précitées. C'est là, en ce qui concerne l'évolution de la paralysie générale juvénile, la seule particularité qu'on puisse relever. La durée de la maladie varie de deux à cinq ans. Quatre fois au moins (faits de Turnbull, de Clouston, de Wiglesworth, de Ballet), l'autopsie a révélé les lésions caractéristiques de la périencéphalite diffuse.

Au point de vue *étiologique*, il y a lieu de remarquer l'exclusion des causes occasionnelles auxquelles d'ailleurs on attache trop d'importance, peut-être, dans l'étiologie de la paralysie générale : les excès alcooliques ou vénériens, le surmenage intellectuel, les traumatismes, les chutes sur la tête. Nous n'avons a noter ici rien de tout cela.

Ces éléments contingents et d'ordre banal, étant écartés, il est facile de constater que, seuls, deux agents pathogéniques dominent l'étiologie de la paralysie générale juvénile comme ils dominent aussi celle de la paralysie générale des adultes : l'hérédité et la syphilis.

La syphilis est signalée, mais d'une façon douteuse dans les deux cas de Régis; elle est certaine dans une des observations rapportées par Clouston : enfin, chez le sujet observé par M. Ballet, les stigmates de la syphilis héréditaire tardive se retrouvaient au complet. Mais dans tous ces cas, comme toujours, la médication mercurielle et iodurée mise en œuvre est restée inefficace. Et dans l'observation de Clouston comme dans celle de M. Ballet, l'autopsie n'a révélé que des altérations anatomiques caractéristiques de la paralysie générale sans immixtion d'aucune lésion de nature nettement spécifique. En somme, la syphilis semble agir ici

comme une cause adjuvante et puissante, mais elle n'est pas la cause foncière. La paralysie générale des adolescents non plus que celle des adultes n'est jamais une maladie syphilitique.

Par contre, l'*hérédité* névropathique est présente dans presque tous ces faits, à des degrés divers sans doute, tantôt discrète, tantôt massive. Associée ou non à l'alcoolisme du père ou à l'hérédité arthritique, elle figure d'une façon indéniable dans sept des faits cliniques que nous avons pu rassembler. Elle tient le rôle prépondérant, notamment, dans les cas de Vrain, dans les deux cas de Régis, les deux cas de Clouston et dans celui qui nous est personnel. Elle est incontestablement le principal facteur pathogénique.

« Parmi les causes prédisposantes (de la paralysie générale), l'hérédité, disait Marcé[1], joue un grand rôle et M. Calmeil est peut-être encore au-dessous de la vérité en disant qu'on la rencontre dans un tiers des cas. La folie et la paralysie générale sont bien d'ailleurs deux rameaux d'une même famille, car parmi les parents de paralytiques on rencontre non seulement des paralytiques, mais encore des maniaques, des mélancoliques, des monomaniaques ou des épileptiques qui se succèdent d'une génération à l'autre en se transmettant des affections au fond identiques. Il est curieux néanmoins de voir ces dispositions se traduire chez les uns par de simples névroses, chez les autres par une lésion organique constante du système nerveux. »

Nous croyons que cette opinion de Marcé est bien

[1] Marcé. — *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 469.

conforme à la réalité des choses, qu'on peut encore aujourd'hui, et quoi qu'on en ait dit, la tenir pour juste et s'y rallier sans réserves. En tout cas, l'examen comparatif des exemples de paralysie générale à début très précoce que nous avons cités n'est certes pas pour la démentir.

L'apparition de la paralysie générale à l'époque de la puberté ou dans le cours de l'adolescence était jusque dans ces derniers temps une anomalie à peu près inconnue dans l'histoire de cette maladie. Depuis que l'attention des cliniciens s'est fixée sur ce sujet, les cas vont se multipliant et leur nombre s'accroîtra encore, selon toute vraisemblance, nous ne saurions prévoir dans quelle proportion. On s'est demandé à ce propos, quelles étaient les causes qui font ainsi, depuis quelques années, éclore si prématurément une maladie jusqu'alors réservée à l'âge adulte, à l'âge mûr.

J. Mickle[1] estime que l'âge, auquel se développe la paralysie générale, est aujourd'hui inférieur à ce qu'il était jadis, au temps de Bayle et de Calmeil et que c'est là l'effet d'une tendance à la sénélité précoce chez les individus, indice avant-coureur de la décadence des races.

L'hypothèse est un peu bien pessimiste. Nous serions plutôt portés à croire que nous sommes mieux préparés et plus habiles que nos prédécesseurs à diagnostiquer la paralysie générale.

[1] J. Mickle. — *On general paralysis of the insane.*

MÉDECINE LÉGALE

NOTE SUR UN ALIÉNÉ HOMICIDE;

Par le Dr CAMUSET,
Médecin-directeur de l'asile de Bonneval.

I. — L'homicide n'est malheureusement pas rare dans la folie, et si la Folie homicide n'existe pas en tant que entité morbide spéciale, dans nombre de circonstances cliniques, l'aliéné est poussé au meurtre. Ces circonstances cliniques, on est arrivé à les bien limiter, on a reconnu aussi que, selon le genre de maladie mentale dont il était atteint, l'aliéné meurtrier procédait selon un mode particulier. C'est ainsi qu'on peut, dans certains cas, sur le simple récit circonstancié d'un homicide commis par un fou, prévoir l'espèce de maladie mentale qu'on constatera chez lui après un examen direct.

Prétendre que seuls les aliénés, atteints de certaines psychoses, sont susceptibles de devenir homicides, serait cependant dépasser la réalité. On a dit très justement que tout aliéné pouvait, à un moment donné, devenir dangereux. Mais dans ces cas exceptionnels, les malades n'ont même pas parfois conscience de la gravité des conséquences de leur acte. On sait l'histoire de ce vieux dément, inoffensif jusqu'alors, qui, une nuit, assomma son voisin de dortoir, parce qu'il l'empêchait de dormir en ronflant trop bruyam-

ment. Il existe aussi d'autres cas analogues, dans lesquels des vésaniques chroniques, et aux facultés affaiblies, agissent bien, en tuant, sous l'influence d'une conception délirante, mais sans comprendre non plus la portée de leur action.

Tous ces cas ne constituent, en réalité, que des accidents, et ils n'empêchent pas qu'on reconnaisse comme légitime ce principe, dont l'importance en médecine légale est considérable, à savoir : que la tendance à l'homicide n'est pas un symptôme banal qu'on peut observer dans toutes sortes d'affections mentales, mais au contraire, qu'elle est un symptôme propre à certaines psychoses et qu'elle ne se manifeste que dans des circonstances cliniques bien déterminées.

Quelles sont maintenant les conditions pathologiques dans lesquelles on observe l'homicide? — Pour répondre à cette question d'une façon complète, il faudrait exposer méthodiquement toute la seméiologie du meurtre dans la folie, ce qui constituerait une étude très intéressante mais très complexe, et que je n'ai pas la prétention d'entreprendre. Il suffit d'indiquer rapidement ici les divers états psychopathiques dans lesquels la tendance à l'homicide figure comme élément.

C'est dans le *Délire de persécution* qu'on rencontre le plus souvent des cas d'homicide. — Mais on désigne en France, sous ce nom, deux entités morbides différentes : le délire de persécution de Lasègue (délire chronique, psychose systématisée à évolution progressive), et le délire de persécution de Falret, qui, lui, ne s'accompagne pas d'hallucinations.

C'est du premier, du délire de persécution de Lasègue qu'il s'agit d'abord. Cette entité nosologique est une des mieux caractérisées qui soient, au point de vue symptomatique, en médecine mentale. Elle comprend trois périodes. La seconde période se signale par des idées systématisées de persécution et par des hallucinations, principalement par des hallucinations de l'ouïe et de la cénesthésie. Dans la troisième période, qui manque parfois, aux troubles précédents s'ajoutent des idées de grandeur.

C'est pendant le cours des deuxième et troisième périodes, particulièrement pendant le cours de la deuxième, qu'on observe l'homicide. Le malade a trouvé l'auteur principal des tourments qu'il endure, des injures dont il est abreuvé. Il connaît son ennemi et il s'en débarrasse en le tuant. Sa détermination est guidée par la logique. Du reste, ses facultés mentales sont conservées, et en dehors de ses idées délirantes, il raisonne sainement. Il arrive même quelquefois que l'acte homicide est la première manifestation délirante qui attire l'attention sur le sujet. Jusque-là, on ne le savait pas aliéné, il dissimulait son état et il se livrait régulièrement à ses occupations habituelles. Mais en l'étudiant, on reconnaît vite que la folie, chez lui, est déjà ancienne ; ses parents, ses amis, s'apercevaient depuis longtemps de ses préoccupations et de ses idées étranges. — Il faut le bien noter, jamais dans le délire de persécution de Lasègue les tendances homicides ne se déclarent au début de l'affection. Elles apparaissent tardivement et comme les déductions logiques de conceptions délirantes longuement pesées et commentées.

Certains persécutés sont plus portés au meurtre que les autres. Peut-être est-ce là un effet de leur caractère naturellement violent (?). Alors qu'un grand nombre de ces malades qui se contentent d'injurier, de menacer ou de frapper leurs ennemis imaginaires, d'autres ne pensent qu'à les tuer. J'ai dans mon service un persécuté de ce genre, maintenant âgé et un peu dément, et chez lequel les idées de persécution ont beaucoup perdu de leur intensité ancienne. Ce malade a autrefois tué sept personnes sous l'influence de son délire. Il en voulait spécialement *aux curés*, qu'il accusait de le persécuter. Encore maintenant, quand on le remet sur la voie de son délire et qu'on lui parle de prêtres, le délire assez vague et effacé redevient pour un instant net et violent, sa figure exprime la colère et il profère des menaces de mort.

En résumé, dans le délire de persécution, l'homicide est relativement fréquent, il ne se manifeste jamais au début de l'affection, mais bien dans une période assez avancée et lorsque le délire est nettement systématisé. Enfin il est la conséquence logique des conceptions délirantes.

Beaucoup de persécutés ont immolé, sous l'influence de leur maladie, des personnages en vue et ils ont ainsi acquis une triste célébrité. Bien des régicides n'étaient que des persécutés, et parmi eux Ravaillac peut-être. C'est du moins ce qui semble résulter de documents récemment recueillis et commentés par un médecin érudit.

Quant aux persécutés du type Falret, qui n'ont pas d'hallucinations, ce sont des dégénérés intellectuels;

ce qui ne signifie pas qu'ils soient forcément des débiles ou des imbéciles, ce qui signifie seulement qu'ils sont des déséquilibrés. On rencontre aussi parmi eux des homicides, mais moins souvent que parmi les persécutés du type Lasègue.

Ces sujets sont naturellement envieux, soupçonneux, orgueilleux. Ils arrivent à la folie progressivement et par suite, pour ainsi dire, de l'exagération excessive de leurs défauts de caractère. A un moment donné, ils interprètent tout ce qui leur arrive dans le sens des persécutions, le délire est alors établi. De persécutés ils ne tardent pas à devenir persécuteurs. Ils choisissent le personnage qui, selon eux, leur a fait le plus de mal, et ce choix est souvent guidé par quelque incident réel dont ils dénaturent la portée. Ils en font l'objet de leur haine, s'acharnent sur lui et ne lui laissent ni trêve ni repos. Ces malades qui arrivent parfois à recourir à l'homicide, sont avant tout des processifs[1]. Ils dénoncent, injurient, calomnient; ils ourdissent des accusations fausses mais très ingénieusement combinées, ou bien ils dirigent de ces sortes d'entreprises qu'on désigne vulgairement sous le nom d'*entreprises de chantage*. — Un type remarquable de ce genre d'aliénés est fourni par le fameux Sandon qui parvint, sous l'Empire, à intéresser à son sort presque toute la presse, et qu'on cite encore aujourd'hui comme une victime de la loi de 1838.

Comme je l'ai déjà dit, ces persécutés persécuteurs en arrivent parfois à l'homicide. Il est nécessaire de noter que chez eux, comme chez les persécutés de

[1] Les *quérulents* des Allemands.

Lasègue, la tendance au meurtre n'apparaît que dans les périodes avancées de l'affection.

Les malades précédents, les persécutés, commettent le meurtre, non pas sous l'influence d'une impulsion brusque, mais sous l'influence d'un raisonnement logique. Chez d'autres aliénés homicides, il y a impulsion dans le sens qu'on donne habituellement à ce mot, c'est-à-dire que, chez eux, la tendance à tuer n'est pas raisonnée mais que l'idée du meurtre s'impose à leur esprit, soit sous l'influence de la passion, soit spontanément et sans raison autre qu'un état pathologique spécial du fonctionnement du cerveau. Il peut arriver que l'impulsion et l'acte soient inconscients, ce dernier accompli, les sujets n'en conservent pas le moindre souvenir. Tels sont, entre autres, les meurtres accomplis par certains épileptiques.

Après les persécutés, ce sont très probablement les *épileptiques*, les *imbéciles* et les *demi-idiots* qui fournissent le plus d'aliénés homicides.

Les épileptiques deviennent homicides dans deux conditions différentes. D'abord, ils peuvent avoir des accès délirants à forme maniaque et d'une intensité extrême pendant le cours desquels ils sont entraînés au meurtre. Ces accès éclatent presque subitement, mais ils sont transitoires et se dissipent vite. Caractère essentiel : ils sont complètement inconscients. — Ce n'est pas le lieu de rechercher les rapports qui existent entre ces accès de folie furieuse (fureur épileptique) et la névrose épileptique elle-même. Nous devons nous maintenir absolument dans le domaine de la clinique, et nous n'aborderons aucun problème d'ordre spéculatif, notre but étant seulement d'es-

quisser une courte étude médico-légale. — Que ces accès maniaques transitoires et avec fureur soient ou non des attaques d'épilepsie, non plus motrices, mais purement intellectuelles, il importe peu en pratique. Ce qui est certain, c'est qu'on les observe soit avant, soit plus fréquemment après les attaques convulsives, et parfois dans leur intervalle, comme s'ils s'étaient substitués à quelques-unes d'entre elles.

Or, pendant ces accès de fureur maniaque, les épileptiques ne commettent que trop souvent des meurtres, et alors, ils tuent inconsciemment, sans raison aucune, la première personne qui se trouve à leur portée. Tantôt ils accomplissent leur homicide froidement et sans bruit, tantôt, et c'est le plus ordinaire, ils procèdent avec fureur, s'acharnant sur leurs victimes et les frappant encore, alors que déjà elles ont expiré. Des épileptiques ont ainsi tué successivement deux, trois, quatre personnes, qu'ils ne connaissaient même pas. Les cadavres des victimes couverts de plaies et défigurés ont quelque chose de caractéristique. A la vue de cadavres ainsi mutilés, Legrand du Saulle disait : « L'épilepsie les a marqués de son sceau. » — Ces épileptiques calmés et revenus à eux-mêmes ne conservent jamais le souvenir des actes qu'ils viennent d'accomplir.

Voici, relatée en quelques mots, une observation typique de manie homicide chez un épileptique.

Le nommé L..., quarante ans, entré à l'asile de Cadillac en 1886, avec le diagnostic : Manie, et sans aucun renseignement sur ses antécédents.

A son entrée, le malade semble être arrivé à la période finale d'un accès de manie, ses idées sont troublées, pas de conceptions délirantes prédominantes. Il se remet complètement et bientôt il

est calme et raisonnant. On l'envoie au travail, c'est-à-dire qu'on l'occupe à la culture avec les malades tranquilles. — Quelque temps après, justement pendant qu'il est au travail, il se montre par exception surexcité et colère. Il menace ses camarades. On le fait rentrer à sa division. Arrivé dans la cour, il devient tout à fait furieux, et tirant de sa poche un vieux couteau qu'il avait sans doute trouvé dans les jardins, il se précipite en criant sur le malade le plus près de lui. Il le frappe avec tant de violence que, malgré que son couteau ne soit pas très aigu, il lui perfore le cœur; la mort est instantanée. Ce meurtre accompli, il tourne sa fureur contre les autres malades qui fuient devant lui et il en blesse un. Enfin, les infirmiers parviennent à le maîtriser et à le désarmer, mais l'un d'eux est sérieusement blessé pendant la lutte.

Isolé en cellule, L... se calme rapidement. Le lendemain l'accès était tout à fait dissipé et il n'en gardait pas le moindre souvenir. Par la suite, des accès semblables, mais qui n'eurent pas les terribles conséquences du premier, se reproduisirent à des intervalles irréguliers. On en compta quatre en six mois. Enfin, un jour L... eut une violente attaque convulsive d'épilepsie. Depuis, les attaques convulsives se renouvelèrent de temps en temps et les accès maniaques devinrent de plus en plus rares. Le diagnostic était dès lors fixé.

A la suite des homicides accomplis pendant les accès de manie épileptique, il convient de citer ceux commis également par des comitiaux, mais sous l'influence de la passion plutôt que de la folie dite épileptique.

L'état mental habituel des épileptiques est bien connu. On sait d'abord qu'en général, chez ces malades, les facultés intellectuelles s'affaiblissent progressivement, et qu'avec le temps, une véritable démence, la démence épileptique, finit par s'établir. Mais en plus, le caractère des comitiaux se modifie, petit à petit, progressivement, sous l'influence des attaques convulsives et des vertiges qui se répètent sans cesse. Ces malades deviennent irritables et emportés, mauvais, ce qui ne les empêche pas d'affecter en toute circonstance, une grande sensibilité, ou

plutôt une grande *sensiblerie*. La contradiction les exaspère. Ils se montrent pour des motifs futiles d'une violence extrême, sauf à afficher ensuite un repentir exagéré. Chez eux, l'acte suit rapidement la menace, souvent même, acte et menace sont simultanés. Ce sont des *impulsifs*. Il est évident qu'ils ne possèdent pas une puissance d'arrêt suffisante sur leurs tendances instinctives et passionnelles. C'est là une véritable lésion de la volonté.

Or, il arrive parfois que leur violence les entraîne jusqu'à l'homicide. Il n'y a pas, dans ces cas, folie proprement dite, mais cependant le fonctionnement cérébral n'est pas normal, il est pathologique. — Dans des circonstances pareilles, les médecins appelés à examiner l'état mental des accusés concluent souvent à la responsabilité proportionnelle. Pour ma part, je considère les malades de cette espèce comme étant réellement irresponsables. Toutefois, il serait imprudent de formuler une loi générale à cet égard. En pratique, tous les cas qu'on rencontre exigent une étude particulière, car ils peuvent bien se ressembler mais ils ne sont que très rarement identiques les uns avec les autres. — Ce qui rend parfois l'examen spécialement délicat, c'est que le même malade peut présenter les deux sortes d'accès furieux; tantôt il a des accès de manie épileptique absolument inconscients, et tantôt il se laisse entraîner à des crises de fureur qui, elles, sont conscientes et dont il se souvient.

J'observe actuellement un malade de ce genre qu'on considère, à juste raison, comme un des plus dangereux aliénés de l'asile.

C... (Louis), âgé de trente-trois ans, épileptique depuis l'âge de dix-sept ans ; antécédents héréditaires à peu près inconnus ; en traitement à l'asile de Bonneval depuis huit ans.

Avant son entrée C... avait subi plusieurs condamnations pour coups et blessures. Dans son pays, tous le redoutaient, ses parents plus encore que les autres. — Aujourd'hui, il présente des vertiges fréquents et des grandes attaques convulsives, ces dernières moins souvent qu'autrefois, à cause du traitement auquel il est soumis.

Deux ou trois fois par an, à la suite ordinairement d'une série d'attaques convulsives, il est pris brusquement d'un accès de manie dont la durée ne dépasse pas quarante-huit heures. Toujours alors il se livre à des actes dangereux pour son entourage, surtout au début de l'accès. Il brise les meubles, les fenêtres, il lutte avec les infirmiers. On doit au plus tôt l'isoler en cellule. La crise se termine par un sommeil semi-comateux, et au réveil, le malade ne se souvient plus de rien.

En outre de ces accès qui sont inconscients, C... en présente d'autres bien plus nombreux, mais ceux-là tout à fait conscients. Son caractère est toujours irritable, mais plus encore à certains moments, alors pour un motif léger et même sans motif aucun, parce qu'un camarade l'a heurté en passant, parce qu'il croit que l'infirmier l'a mal servi au repas, ou parce qu'il s'imagine qu'on l'a regardé en riant, il entre en fureur. Ces accès de fureur présentent bien des degrés, mais quelques-uns ressemblent parfois tout à fait aux accès de manie inconscients, l'état de conscience seul les en distingue. Il est très robuste, je l'ai vu une fois briser, dans la cour de sa division, un jeune arbre déjà assez gros, s'en faire une arme et se jeter sur les gardiens. Quand sa fureur est passée, il est repentant, il promet de ne plus recommencer, mais il soutient quand même que rien ne serait arrivé si on l'avait laissé tranquille. — C... n'a, il faut le dire, jamais commis d'homicide, mais uniquement parce que les circonstances ne l'ont pas voulu.

Pour tout ce qui précède, on voit en somme que quand un meurtre est commis par un aliéné sous l'influence de l'épilepsie, il existe des signes spéciaux qui permettent ordinairement de diagnostiquer, sans beaucoup de difficulté, l'état mental du sujet.

Les *imbéciles* et les *semi-idiots* comptent aussi parmi les aliénés homicides. Ces sujets sont le plus souvent entraînés au meurtre pendant le cours d'un de ces

accès délirants, ordinairement passagers, auxquels ils sont particulièrement sujets. — Leur cas se confond alors avec celui d'autres aliénés à accès de folie souvent brusques et transitoires, dont il sera question plus loin. — Mais il arrive aussi que des imbéciles et des semi-idiots non délirants commettent des meurtres. Ils sont, dans cette circonstance, entraînés par une impulsion d'ordre passionnel. La haine, la jalousie, l'instinct génésique, sont les mobiles ordinaires qui les font agir, car, par suite du peu de développement de leur sens moral et de l'imperfection de leur fonctionnement cérébral, ces mobiles ne sont pas suffisamment contre-balancés.

Les recueils spéciaux renferment de nombreux exemples d'imbéciles et d'idiots non délirants, auteurs des actes les plus graves, comme viols, incendies et même meurtres. Les observations se rapportent souvent à des enfants ou à des adolescents.

Voici l'histoire d'un semi-idiot qui a commis un viol et une tentative de meurtre. Son cas est un peu complexe, mais il est assez intéressant pour être rapporté.

H... (Louis), trente-cinq ans, entré à l'asile de Bonneval en 1888, atteint de semi-idiotie. Antécédents héréditaires inconnus; malformation crânienne prononcée; asymétrie faciale; vice de prononciation tel qu'on comprend difficilement ce qu'il dit. Avec ces signes physiques de dégénérescence, développement très incomplet des facultés intellectuelles. Il ne peut répondre qu'aux questions les plus simples et il est incapable de compter au delà des premiers nombres. Mais il a le caractère gai, il joue avec ses camarades, enfin il est docile. On arrive à l'occuper à la ferme aux travaux les plus simples.

Cet idiot a vécu libre jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, et il ne passait nullement pour être dangereux, il était même un peu le bouffon de son village. Mais un jour, rencontrant dans les champs

une fillette de treize ans, il la viola et ensuite lui porta trois coups de couteau dans le ventre. Les blessures quoique graves guérirent. Reconnu irresponsable, il fut placé à l'asile. Depuis plus de trois ans qu'on l'y maintient, on n'a observé chez lui aucune manifestation de nature épileptique, ni non plus aucune impulsion morbide dangereuse d'aucune sorte. L'impulsion combinée, érotique et homicide (de 1888) constitue donc un fait isolé dans sa vie. Ce qui prouve, entre parenthèses, qu'il faut toujours surveiller les imbéciles et les idiots, même ceux qui paraissent inoffensifs.

Quand aujourd'hui on interroge H... sur son attentat, on s'aperçoit qu'il n'en a conservé qu'un souvenir confus. Autrefois sa mémoire le servait mieux, et il racontait, en riant, ce qu'il avait fait, mais sans en donner les raisons ni sans en comprendre la gravité.

Le viol s'explique naturellement par une impulsion érotique, mais la tentative de meurtre ne s'explique pas facilement. C'est là un cas de sadisme véritable, puisque la victime n'a été frappée qu'après avoir été violée. Il ne s'agissait donc pas pour H... de vaincre sa résistance. Il ne s'agissait pas davantage pour lui d'aller au-devant d'une dénonciation. Outre que cet idiot ne comprenait pas qu'il commettait un crime, son intelligence n'allait pas jusqu'à lui faire prévoir les conséquences de son acte. — On pourrait peut-être faire intervenir là, à l'exemple de certains anthropologistes dans des circonstances analogues, l'hypothèse au moins ingénieuse du réveil atavistique, chez un dégénéré, d'un état mental autrefois habituel à l'homme antéhistorique. Les hommes primitifs combattaient avec acharnement entre eux pour la possession des femmes : satisfactions génésiques et scènes sanglantes constituaient, par suite, des images intimement unies et associées dans leur constitution psychique. — Mais des considérations de cet ordre sont étrangères à notre sujet, qui doit rester absolument pratique, puisqu'il s'agit de médecine légale.

En résumé, les imbéciles et les idiots peuvent commettre des meurtres en dehors de tout accès délirant véritable, et par le fait seul d'une impulsion passionnelle ou instinctive, déterminée par la haine, la jalousie, la colère, la surexcitation génésique, etc..., et quelquefois déterminée seulement par le simple besoin d'imitation. — Quand des cas de ce genre se présentent, l'analyse des circonstances du meurtre et l'étude psychologique (et aussi physique, en raison des stigmates physiques de dégénérescence) des sujets permet de déterminer l'état mental de ces derniers tel qu'il était au moment de la perpétration de l'attentat.

Il est certain que la responsabilité légale de beaucoup de ces individus est tout à fait nulle. D'autres fois, le médecin expert n'ose pas poser une conclusion aussi absolue. L'imbécillité, en effet, a de nombreux degrés, et en réalité, de l'homme peu intelligent à l'imbécile type, il existe une gradation insensible. Le médecin expert se trouve, par suite, dans certains cas, amené, presque malgré lui peut-on dire, à admettre une *responsabilité atténuée.* Et cependant, rien ne semble plus en désaccord avec les principes de la psychologie positive qu'une semblable conclusion, car l'idée de la responsabilité atténuée est basée sur l'état de défectuosité d'une entité métaphysique, dont on ne peut plus guère, à notre époque, soutenir l'existence réelle, le *libre arbitre.* — J'indique seulement ce point de controverse philosophique pour faire ressortir, en passant, combien sont délicats et difficiles ces problèmes de responsabilité, qu'il s'agisse d'aliénés ou même de normaux.

On cherche toujours à les résoudre par le moyen de données métaphysiques, et l'on fait avant tout intervenir la liberté morale, le libre-arbitre, l'idée innée du bien et du mal, etc. Il serait à souhaiter qu'on abandonnât définitivement cette méthode métaphysique ancienne, et qu'on s'en tint à la méthode positive. — Dans toutes les questions dites de responsabilité morale, il n'y a qu'un élément qui soit réel, tangible et mesurable, c'est la *nuisance*. C'est donc la nuisance seule qu'il est possible d'étudier scientifiquement. Il faut surtout tâcher d'en établir la genèse. En luttant, en effet, contre les causes réelles de la nuisance, ce que la science a déjà appris à faire dans bien des circonstances, on arrive à l'atténuer, et parfois à la faire disparaître, ce qui est le véritable but à atteindre.

Nous arrivons maintenant à l'homicide dans les *folies par intoxication*. — L'homicide n'est pas rare dans la folie alcoolique, on l'a observé aussi dans d'autres folies par intoxication, dans la morphinomanie, par exemple (quelques cas rares seulement). Il paraît aussi que les fumeurs d'opium, dans les périodes avancées de l'empoisonnement, sont sujets parfois à des accès de fureur homicide. Mais nous nous bornerons à tracer, en quelques lignes, les caractères de l'homicide dans la *folie alcoolique*, qui est si fréquente et qui peut servir de type aux psychoses par empoisonnement chronique.

C'est dans cette forme d'aliénation appelée folie alcoolique subaiguë, ou plutôt alcoolisme subaigu (Lasègue), qu'on rencontre surtout l'homicide. Cette psychose est essentiellement caractérisée par des ter-

reurs, de la panophobie, des hallucinations et des illusions de la vue, et par des troubles de la sensibilité générale. — Je néglige l'énumération des symptômes physiques. — L'accès débute assez brusquement, mais il est ordinairement précédé de prodrômes qui l'annoncent, comme l'insomnie, les cauchemars, les hallucinations nocturnes, le tremblement des extrémités, etc. L'accès établi, le malade tremblant et terrifié voit des animaux repoussants qui grimpent sur lui, des fantômes, des gens qui le menacent et qui le poursuivent le poignard à la main. Il peut arriver, il arrive même souvent qu'il ne demeure pas passif et qu'il réagisse contre les fantômes qui le menacent, et parfois alors il devient meurtrier. Il tue pour se défendre, pour sauver sa vie qu'il sent menacée. Le meurtre n'est donc pas, dans ce cas, le résultat de la fureur, il est le résultat de la peur, de la terreur. Il est, dans le fait, la conséquence d'une erreur intellectuelle et sensorielle, ou pour mieux dire, du délire et de l'hallucination.

De même le suicide, qui n'est pas rare non plus dans cette forme d'alcoolisme, n'est pas le résultat d'une impulsion, du désir d'en finir avec la vie, de s'annihiler, mais il est seulement la conséquence d'une erreur. Le malade se précipite par la fenêtre qu'il prend pour la porte, ou bien il se jette dans une rivière pour échapper aux êtres fantastiques qui le poursuivent, pour éteindre les flammes qui l'entourent[1].

Quand l'accès de délire est dissipé, le souvenir du

[1] Ce n'est qu'incidemment que je suis amené à parler du suicide dans l'alcoolisme et seulement pour signaler une analogie qui se présente ici. Le suicide est bien l'aboutissant, dans certains cas d'alcoolisme, du

meurtre accompli pendant son cours persiste, mais souvent d'une façon un peu confuse. Le malade a parfois comme l'impression d'avoir rêvé. En tout cas, il n'y a jamais d'inconscience véritable, comme quand il s'agit de la manie épileptique.

Voilà le processus pathologique cérébral qui aboutit à l'homicide, chez les alcoolisés, dans la moitié peut-être des cas, mais ces malades peuvent encore arriver à devenir meurtriers selon un autre mode — on pourrait, à leur égard, établir une division analogue à celle indiquée plus haut à propos des épileptiques meurtriers.

Sous l'influence de l'empoisonnement chronique par l'alcool, les facultés mentales s'affaiblissent progressivement, et le dernier terme de cet affaiblissement est la démence dite alcoolique. Dans le cours de l'intoxication surviennent encore chez beaucoup de malades, non chez tous cependant, des accidents divers, comme les accès de folie qui viennent d'être décrits, comme des crises de delirium tremens fébrile, comme des attaques convulsives épileptiformes et même épileptiques, des attaques d'apoplexie, etc. Il résulte, de ces secousses répétées imprimées au système nerveux, ainsi que des lésions anatomiques de ce même système nerveux dues aussi à l'alcool, il résulte, dis-je, outre la démence alcoolique, certaines modifications morbides du fonctionnement cérébral. L'alcoolisé qui, avant qu'il ne se fut intoxiqué, avait le caractère doux et tranquille, le jugement sain, est devenu

processus pathologique que j'indique, mais à d'autres moments de la folie alcoolique, il a une genèse toute différente. Ainsi il peut résulter d'une obsession véritable, du besoin de disparaître; il peut aussi s'effectuer sous l'empire de la fureur, du remords, etc...

depuis irascible, emporté, incohérent dans ses entreprises. Il était bon, il est maintenant mauvais. A tout propos il s'emporte, les discussions avec lui dégénèrent de suite en querelles. Enfin, surtout quand il a puisé dans un excès récent une excitation passagère nouvelle, il peut se laisser entraîner par la colère jusqu'à l'homicide. — La plupart de ces histoires qui remplissent les faits-divers des journaux, où des ivrognes ont frappé, blessé, ou même tué, se rapportent à des alcooliques chroniques qui ont agi sous l'influence d'une colère furieuse et irraisonnée. — Un fait assez intéressant pour être signalé en médecine légale : Dans les grandes villes, dans les classes ouvrières surtout, le point de départ de ces drames est fort souvent la jalousie, la jalousie d'un mari à l'égard de sa femme, jalousie qui se réveille à chaque excès nouveau, qui est réellement morbide, qui n'a ordinairement aucun fondement sérieux.

Il est, en somme, certain que l'homicide dans l'alcoolisme est, dans un nombre important de cas, le résultat, non d'un vrai délire, mais d'un état mental pathologique particulier dû à l'empoisonnement chronique. — On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, combien il est difficile de s'entendre sur la responsabilité légale des sujets de cette catégorie. Ont-ils leur libre-arbitre, ne l'ont-ils pas, ou bien l'ont-ils seulement dans une mesure restreinte? — Alors on discute sur l'intensité de l'accès de colère, cause immédiate de la catastrophe. La colère (insania brevis, comme ne manque pas de l'appeler le défenseur de l'accusé), a-t-elle été assez violente pour qu'on puisse admettre que la volonté ait été, par son

fait, annihilée momentanément? — On évalue aussi la gravité du mobile qui a déterminé la fureur. Il ne faut pas oublier non plus que si, pour les uns, l'ivresse constitue une circonstance atténuante, elle est envisagée par les autres comme une circonstance aggravante. — En vérité, ces problèmes ne seront jamais résolus d'une façon satisfaisante, et on finira par ne plus les poser. On ne cherchera plus à savoir si l'alcoolique meurtrier a son libre arbitre, ou s'il ne l'a pas. On se contentera d'établir qu'il est nuisible au premier chef, et on s'efforcera de le mettre dans l'impossibilité d'exercer sa *nuisance*. On s'efforcera aussi de rendre plus rares les cas semblables au sien.

Nous venons de passer en revue un certain nombre de maladies mentales qui présentent, comme symptôme plus ou moins fréquent, la tendance au meurtre. Dans chacune d'elles, nous avons essayé d'établir le processus psychologique qui avait cette tendance pour aboutissant. Mais il existe encore d'autres états psychopathiques qui peuvent, à un moment donné, se compliquer d'impulsions homicides. Je dit : qui peuvent se compliquer, parce que dans ces cas, l'homicide est une complication plutôt qu'un symptôme de la maladie.

Les aliénés peuvent se diviser en deux grandes classes, ceux qui avant l'invasion de l'affection mentale, étaient normaux au point de vue psychique, et ceux qui présentaient déjà, à ce moment, quelques irrégularités, quelques troubles dans leur fonctionnement psychique. Les allemands disent : aliénés à cerveau valide, et aliénés à cerveau invalide. En France, on dit des seconds qu'ils sont entachés de dégénérescence intellectuelle. Dans toutes les écoles psychia-

triques, quelles que soient les divergences des opinions en certains points, on retrouve cette même idée fondamentale, la distinction des aliénés en deux grandes classes.

Sans entrer dans aucune discussion dogmatique, on doit reconnaître comme bien établie cette notion, que les sujets qui sont entachés de dégénérescence intellectuelle ne réagissent pas, sous l'influence de la folie, de la même façon que les autres. L'irrégularité et l'imprévu sont les caractéristiques de la plupart des maladies mentales dont ils sont atteints.

Il est inutile de rappeler que dégénérescence intellectuelle n'est pas le synonyme de débilité mentale. Les imbéciles, les débiles mentaux rentrent bien dans la classe des dégénérés, mais on trouve dans cette classe des hommes à intelligence normale et même supérieure. Les hommes de génie n'y sont pas rares, et certains veulent même qu'on ne les rencontre que là. C'est l'état de déséquilibration des facultés mentales qui est le critère de la dégénérescence intellectuelle, et non l'imperfection en bloc de leur développement.

En France, on rattache surtout la dégénérescence à l'hérédité neuropathique, ce qui est exact, mais on est porté à faire de l'hérédité morbide la cause unique de la dégénérescence, ce qui est exagéré. C'est contre cette exagération que Cotard s'est élevé [1]. Il a démontré que la dégénérescence était souvent acquise, et qu'elle pouvait s'établir au moment de la conception, pendant la vie intra-utérine, pendant l'enfance et même pendant l'adolescence. En réalité, des hérédi-

[1] *Société médico-psychologique*, séance du 25 janvier 1886.

taires à lourde hérédité quelquefois, ne sont pas toujours des dégénérés, et des sujets nettement dégénérés ne comptent parfois, parmi leurs ascendants, ni fou, ni névropathe. Les deux termes, dégénéré et héréditaire, ne doivent donc pas être confondus l'un avec l'autre, comme il arrive trop souvent.

Un des principaux caractères que la dégénérescence intellectuelle imprime à la folie, le seul qui doive nous préoccuper ici, consiste dans la manifestation d'obsessions et d'impulsions diverses. C'est sous leur influence que la tendance au meurtre complique trop souvent chez les dégénérés certains accès d'aliénation mentale. Mais, chez eux, les circonstances qui précèdent, accompagnent et suivent le meurtre ne sont plus celles qu'on observe chez les malades dont nous venons de parler plus haut. Ainsi, nous avons vu des persécutés arrivés à une période déterminée de leur affection, tuer après mûre délibération. Nous avons vu des alcooliques devenir homicides en cherchant à échapper à des ennemis fantastiques. Chez les dégénérés délirants, l'impulsion homicide n'est provoquée par rien d'analogue, elle éclate brusquement, à des époques très diverses de l'affection, sans règle précise, avec ou sans hallucination ou idée délirante préalables.

La *mélancolie chez les dégénérés* occupe un des premiers rangs parmi les états vésaniques susceptibles de se compliquer d'homicide. Cependant, les mélancoliques sont encore plus souvent entraînés au suicide qu'à l'homicide. Mais, suicide ou homicide, l'acte, chez ces sujets, est pour ainsi dire réflexe, qu'il s'accompagne ou non de l'état de conscience. C'est pendant les paroxysmes de l'angoisse, alors que la souffrance n'est

plus supportable, que pour s'y soustraire, le malade se tue, ou bien tue quelqu'un de son entourage. Souvent l'être qui lui est le plus cher devient ainsi sa victime. Aussi, l'acte accompli, le désespoir qu'il en éprouve ajoute encore aux souffrances qu'il endurait déjà. D'autres fois, c'est sous l'empire d'une hallucination ou d'une idée délirante que l'homicide s'accomplit, mais il s'accomplit toujours quand même dans les mêmes conditions d'angoisse, et avec la spontanéité qui lui conserve le caractère d'un véritable réflexe.

Chez les dégénérés, en outre de la mélancolie vraie, on observe encore de nombreux états délirants, plus ou moins partiels, plus ou moins bien systématisés. Irréguliers dans leur évolution, ces états psychopathiques succèdent parfois à un accès de mélancolie ordinaire, parfois à un accès de manie, parfois enfin, ils s'établissent d'emblée avec leurs caractères définitifs.

Beaucoup d'entre eux se rattachent à la *Paranoïa* des allemands, mais en général, en France, on les englobe tous sous l'appellation de délires mélancoliques. Ces délires mélancoliques se compliquent quelquefois, à un moment donné, d'actes homicides, lesquels s'accomplissent toujours avec les caractères impulsifs précités.

Parmi ces délires mélancoliques, il convient de signaler particulièrement les délires mystiques, dans lesquels le meurtre peut être la résultante de conceptions délirantes déduites les unes des autres.

Enfin, certains débiles, imbéciles, et semi-idiots délirent avec une facilité extrême; la moindre cause est, pour eux, sujet à hallucinations et à conceptions délirantes. Ces accès vésaniques, ordinairement tran-

sitoires (auxquels il a déjà été fait allusion à propos de l'homicide chez les imbéciles), se compliquent aussi d'impulsions diverses, parmi lesquelles l'impulsion homicide.

En résumé, tous les homicides exécutés par les aliénés dégénérés intellectuels, dans le cours d'états psychopathiques très variables, ont, eux, des caractères invariables qui leur donnent un aspect spécial et commun, ce qui permet, en médecine légale, de les réunir et d'en faire une vraie classe bien déterminée.

Il reste à signaler une dernière catégorie de faits très rares et très remarquables. Des sujets dégénérés intellectuels, non débiles mentaux, c'est-à-dire d'une intelligence normale, sont tourmentés par des obsessions homicides des plus violentes. Ils n'ont ni hallucination, ni conception délirante vraie, mais ils sont poursuivis par le désir irrésistible, le besoin impérieux de tuer. Ils résistent ordinairement autant qu'ils peuvent, car ils ont la notion exacte de la gravité du crime qu'ils sont entraînés à commettre. L'objet de leur obsession est très souvent un être qu'ils aiment, un enfant, un parent, et cependant, si les circonstances ne s'y opposent pas, malgré l'horreur que l'acte leur inspire, ils finissent par succomber.

A cette obsession qui procède par accès intermittents, ou qui est au moins paroxystique, se joint toujours l'angoisse. Ces caractères, et d'autres encore qu'il est inutile de mentionner, rapprochent ce phénomène d'obsession homicide d'autres phénomènes morbides également étranges, comme l'obsession du suicide, commes certaines perversions du sens génésique la nécrophilie, par exemple, etc.

On a beaucoup étudié, surtout dans ces derniers temps, ces phénomènes bizarres, et on a reconnu qu'ils étaient unis ensemble par le lien d'une parenté intime. Ils constituent un des termes supérieurs de la dégénérescence intellectuelle, et on en trouve presque toujours l'origine dans l'hérédité morbide. Cependant, je crois que, même dans ces cas où l'hérédité est la règle, la dégénérescence peut aussi parfois être acquise.

Je ne pense pas devoir mentionner l'homicide commis par les sujets désignés sous le nom de *fous moraux*. La folie morale, malgré le nom qu'on lui donne, est à mon avis chose étrangère à la folie. Il faut, en effet en exclure (de la folie morale) les malades dont il vient d'être question, et qui agissent sous l'influence de l'obsession ou de l'impulsion, deux phénomènes d'ordre foncièrement pathologique. Quels sont alors les sujets qui restent dans cette folie morale qu'on veut rattacher à l'aliénation mentale? Des individus qui n'ont pas la notion de l'honneur ni de la probité, pour qui la vie humaine compte pour peu, dont les actes sont régis seulement par la passion, par l'instinct, par l'intérêt, qui, souvent, tirent leur orgueil de leurs méfaits et qui alors font le mal pour le mal. Eh bien, de tels individus ne sont pas des aliénés, ce sont des criminels. Ils appartiennent à la classe des *criminels-nés* de Lombroso, et ce savant a lui-même signalé l'identité qui existait entre son criminel-né et le fou moral de certains auteurs.

Parmi les raisons qui ont conduit à assimiler le fou moral à l'aliéné, les unes sont sans grande valeur, ce sont celles qui reposent sur l'ancienne conception métaphysique du libre arbitre, les autres sont d'ordre

scientifique. Ainsi, on a observé que les fous moraux présentaient bien plus souvent que les sujets normaux, des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. On a noté aussi que, chez eux, l'hérédité était fréquente, aussi bien l'hérédité neuropathique que l'hérédité du crime. Ces deux conditions, on doit le reconnaître, les rapprochent bien réellement des aliénés, mais elles ne suffisent pas pour les identifier à eux. Elles indiquent seulement que les fous moraux et les aliénés véritables ont une origine commune. Cette origine est la dégénérescence qui aboutit, soit à la folie, soit à la criminalité.

Nous ne devons donc pas nous occuper de l'homicide dans la folie morale, ce serait quitter le domaine de la médecine et entrer dans celui de la criminologie. Le fou moral n'est pas un aliéné, il est un criminel-né. — Loin de nous l'idée qu'il soit, par suite, considéré comme étant responsable de ses actes. Du reste, la responsabilité comme l'entendent les moralistes, est une question connexe à celle du libre-arbitre, et la nuisance seule, comme il a déjà été dit, est susceptible d'être étudiée, mesurée et enfin prévue.

En terminant cet exposé sommaire des circonstances et des conditions diverses, dans lesquelles on observe le meurtre pendant le cours de la folie, j'appellerai l'attention sur un point qui n'est pas sans importance.

On a pu voir que certains malades non dégénérés primitivement, mais arrivés à une période avancée d'une affection chronique du cerveau, procédaient parfois, quand ils devenaient meurtriers, à la façon de véritables dégénérés intellectuels délirants. Ainsi,

les vieux alcooliques quand ils tuent, non pas sous l'influence du délire, mais sous l'influence de la fureur. Ainsi encore les épileptiques anciens, quand ils deviennent homicides en dehors de leurs accès de manie dite épileptique. Ces sujets agissent par suite d'une impulsion, d'une sorte de réflexe; chez eux, les centres instinctifs ne sont pas suffisamment inhibés par les centres antérieurs. — C'est précisément ainsi que les choses se passent chez les dégénérés délirants. Il semble donc que leur cerveau primitivement valide soit devenu déséquilibré, inférieur, par suite des modifications apportées à la longue dans son fonctionnement par l'affection dont il est le siège. — Cette observation a déjà été faite par Billod. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE NERVEUSE

ASSOCIATION DU TABES AVEC LE DIABÈTE SUCRÉ[1];

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT)

PAR

GEORGES GUINON, Chef de clinique.

A. SOUQUES, Interne (médaille d'or) des hôpitaux.

IV.

Il ne nous reste maintenant qu'à signaler et à discuter les symptômes qui, permettent, à notre avis, de se prononcer pour l'existence d'une seule espèce

[1] Voir n° 66, p. 305; n° 67, p. 48.

morbide : pseudo-tabes diabétique ou glycosurie tabétique, ou bien au contraire d'affirmer la présence de deux espèces distinctes; tabes et diabète, associées chez un même individu. Sans doute il pourra se présenter des cas où le diagnostic devra rester en suspens, mais, le plus souvent une analyse rigoureuse donnera la solution du problème. Cette solution ressort, nous semble-t-il, de l'étude que nous venons de faire et des réflexions qui accompagnent chacune de nos observations.

Deux cas peuvent se présenter en clinique : tantôt, au cours d'un diabète authentique, surviennent des accidents nerveux tabétiformes; tantôt, chez un tabétique avéré, on constate, à un moment donné, la présence du sucre dans les urines. Il s'agit, dans le premier cas, de déterminer si l'on a affaire au vrai ou au faux tabes, dans le second si l'on se trouve en face d'une glycosurie symptomatique du tabes ou d'un véritable diabète, dans les deux cas de savoir, en un mot, si deux entités distinctes sont en jeu, ou bien une seule. C'est là un problème clinique dont la solution exacte intéresse à la fois le pronostic et le traitement.

On sait aujourd'hui que le diabète et le tabes offrent un certain nombre de signes communs sur lesquels il est impossible de tabler pour établir le diagnostic différentiel des deux affections. C'est évidemment sur les symptômes propres à chacune d'elles qu'il faudra se baser. Parmi les signes communs, il faut citer :

1° Les *douleurs fulgurantes*. — Elles ont été mentionnées dans le diabète par M. Charcot, par MM. Raymond et Oulmont, Bernard et Féré, etc. C'est actuellement un fait bien établi. Tout ce que l'on peut dire

c'est que les crises de douleurs fulgurantes semblent plus courtes et plus rapprochées dans le diabète que dans l'ataxie locomotrice progressive, mais c'est là un caractère différentiel de peu de valeur.

2° Les *anesthésies*, *hyperesthésies*, *dysesthésies* de toute sorte: fourmillements, engourdissements.

3° La *perte du réflexe rotalien*. — Ce symptôme signalé dans le diabète par M. Bouchard, dès 1881, est fréquent, très fréquent dans le diabète sucré, et sa constatation est bien capable d'induire en erreur.

4° Les *troubles trophiques :* maux perforants (Kirmisson), chute des dents et des ongles, perte des sueurs locales.

5° La *frigidité et l'impuissance.*

6° Le *signe de Romberg.*

Si tous ces symptômes se trouvaient réunis chez un diabétique, ils pourraient assurément faire songer au tabes. Sans doute, ces divers signes offrent bien, dans les deux maladies, quelques traits différentiels, mais ce sont le plus souvent de simples nuances incapables d'entraîner la conviction. Dans ces conditions, le meilleur caractère distinctif se tirerait de l'influence produite par le traitement antidiabétique. Si ce traitement faisait disparaître ou amendait notablement les symptômes classiques du diabète sans influencer parallèlement les signes tabétiformes, on aurait, sinon la certitude, au moins de fortes probabilités pour l'existence d'un vrai tabes associé à la maladie diabétique. Si par contre l'amendement portait aussi sur ces derniers symptômes, la question serait résolue en faveur du pseudo-tabes.

A côté de cette première catégorie de signes communs aux deux maladies diabète et tabes, il en est une seconde où les dissemblances l'emportent sur les ressemblances. Sans parler des névralgies rebelles souvent bilatérales signalées d'abord par Worms et ensuite par Buzzard, Drasche, Liemmssen, Rosenstein, etc., il faut souligner :

1° Les *crises laryngées*. Ces crises sont assez fréquentes dans le tabes où elles se présentent avec des caractères très remarquables. Elles sont exceptionnelles, si toutefois elles existent, dans le diabète vrai.

2° L'*incoordination motrice*. Les troubles de la démarche n'ont rien de commun dans les deux affections. Là il s'agit de la démarche de *stepper*, ici d'une incoordination tout à fait spéciale qui, quand elle est typique, permet de faire le diagnostic à distance. M. Charcot, dans une leçon déjà citée sur un cas de paraplégie diabétique, en a tracé, un parallèle magistral auquel nous renvoyons. Dans le diabète c'est le steppage que l'on rencontre, « comme dans la paraplégie alcoolique, tout comme dans les prétendues ataxies saturnines, béribériques, arsénicales, dans la majorité des cas de pseudo-tabes jusqu'ici observés [1] » ;

3° Les *troubles vésicaux*. Si la rétention d'urine peut survenir accidentellement, dans le diabète, par surdistension de la vessie (Bouchard, Congrès de Blois, 1884), si quelques accidents vésicaux peuvent s'y montrer [2], ils n'ont rien de commun avec les troubles urinaires du tabes ; il est inutile d'insister sur ce point ;

[1] Charcot, *loc. cit.*, p. 315.

[2] Bazy. — *Troubles urinaires chez les glycosuriques*, Congrès français e chirurgie. Paris, 1890.

4° Les *troubles oculaires*. Les différences sont ici très accentuées et la fréquence de ces troubles dans le tabes comme dans le diabète leur donne une importance de premier ordre. Appartiennent à l'ataxie locomotrice progressive le myosis bilatéral, le signe d'Argyll Robertson. Fischer signale bien le myosis chez deux de ses malades mais outre que cet auteur les met sous la dépendance d'une intoxication tabagique, nous avons vu que dans ces cas il s'agissait probablement d'association tabetico-diabétique.

Pour ce qui concerne les paralysies des muscles des yeux d'origine diabétique, Althaus dit : « Actuellement on ne possède pas d'observations très concluantes sur les paralysies des muscles oculaires, quoique Kiwatkowski en ait rapporté un cas; on a relaté une paralysie du muscle droit externe dans des conditions analogues [1]. » D'après de Wecker et Landolt, ces paralysies seraient probablement due à des troubles circulatoires et reconnaîtraient des lésions peu profondes des noyaux bulbaires des nerfs moteurs de l'œil, car, ajoutent-ils, elles ont un caractère généralement bénin et guérissent facilement même sans intervention. M. Lecorché pense également que ces paralysies sont par essence mobiles et passagères.

Quant à l'amblyopie et à l'atrophie du nerf optique dans le diabète, nous avons vu plus haut, à propos des commentaires de l'observation III, ce qu'il fallait en penser. Cette atrophie diffère, si toutefois elle existe (Parinaud), de l'atrophie nacrée du tabes. M. Galezowsky [2]

[1] Althaus. — *Maladies de la moelle épinière*. Traduction française de J. Morin, 1885.

Galezowsky. — *Traité des maladies des yeux*, 1875.

déclare que l'amblyopie diabétique grave est due tantôt à des hémorrhagies, tantôt à une atrophie simple, générale ou partielle du nerf optique ou de la rétine, tantôt à une atrophie avec iridochoroïdite (Liebreich). Sur ce même sujet, MM. de Wecker et Landolt s'expriment ainsi : « Reste une troisième catégorie d'amblyopies (en dehors de l'amblyopie sans lésion et de l'amblyopie avec scotome), avec rétrécissement plus ou moins considérable du champ visuel et avec atrophie du nerf optique. Les auteurs signalent à peu près tous une atrophie simple, sans trouble bien manifeste de la papille. L'atrophie était assez avancée dans quelques cas, au point que les artères rétiniennes étaient filiformes. Dans les cas de cette espèce, on a trouvé des troubles de l'achromatopsie en somme de même nature que dans l'atrophie du nerf optique en général. » Pour Althaus « le renseignement le plus important est fourni dans ce cas par l'examen ophthalmoscopique... Mais on n'oubliera pas qu'au début de la maladie le disque optique n'offre pas la moindre altération pathologique et que l'amblyopie du tabes peut par conséquent être confondue à cette période avec celle du diabète et de l'alcoolisme chronique. On distingue néanmoins l'atrophie optique du tabes de l'amblyopie de ces deux dernière maladies, en ce que l'atrophie commence toujours dans un seul œil, et dans le cours ultérieur de la maladie, un œil est toujours plus affecté, excepté lorsque le malade est devenu complètement aveugle, tandis que dans le diabète et l'alcoolisme chronique l'atrophie optique est toujours bilatérale d'emblée ». Et Dreyfous en parle en ces[1] termes : « Plus exceptionnellement on voit se déve-

lopper une atrophie progressive de la papille qui n'a guère le temps de se compléter et de produire une amaurose absolue, le malade succombant avant cette terminaison (Lecorché, Testelin-Piéchaud) [1]. »

En résumé, les troubles oculaires du diabète n'offrent qu'une analogie superficielle avec ceux du tabes. Nous rappellerons pour la seconde fois que, dans le diabète, ceux que l'on rencontre sont : la cataracte, les paralysies de l'accommodation et celles des muscles extrinsèques, les troubles hémorrhagiques du corps vitré, des rétinites, des hémorrhagies rétiniennes et peut-être l'atrophie du nerf optique. Or l'œil tabétique se présente avec des lésions toutes différentes.

Le parallèle que nous venons de tracer peut donc permettre de répondre à cette première question : Etant donné un diabétique chez lequel surviennent des accidents nerveux tabétiformes, déterminer si ces accidents relèvent du vrai tabes ou du pseudo-tabes diabétique. Mais le problème clinique se présente en outre sous cette seconde face : Etant donné un tabétique chez lequel survient de la glycosurie, déterminer si cette glycosurie dépend du tabes ou d'un diabète vrai surajouté.

La solution repose ici et sur les caractères propres de la glycosurie en elle-même et ensuite et surtout sur les symptômes concomitants. Dans la glycosurie tabétique le chiffre du sucre est en général peu élevé ; les diverses observations publiées jusqu'ici parlent toutes en ce sens. Dans le cas d'Oppenheim, la malade

[1] Dreyfous. — *Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré.* Th. agrég., 1883, p. 89.

rendait de 7 à 13 grammes de sucre par litre, soit de 21 à 39 grammes dans les vingt-quatre heures. Le malade de Reumont dont la quantité d'urine était normale rendait 6 à 10 grammes de glycose par litre. Enfin, celui de Fischer, non polyurique, éliminait 9 grammes de sucre par litre.

On voit par ces chiffres que la glycosurie d'origine tabétique, expression du processus scléreux propagé au bulbe, se comporte comme les différentes glycosuries symptomatiques, c'est-à-dire qu'elle est représentée par un taux assez faible comparativement au chiffre généralement élevé de la glycosurie des diabétiques. Celle-ci en effet est d'ordinaire abondante. « Toutes les fois qu'un malade rendra dans les vingt-quatre heures une quantité de sucre égale ou supérieure à celle que le foie forme journellement à l'état normal, soit 200 grammes approximativement, d'après les recherches les plus récentes, on pourra affirmer que ce malade est atteint de diabète vrai et non de glycosurie symptomatique [1]. » Il est vrai d'ajouter que, chez des diabétiques avérés, le sucre peut momentanément faire défaut ou être représenté par un chiffre très médiocre. Ce sont les « petits diabétiques ». Il ne faudrait donc pas se baser sur ce taux peu élevé pour affirmer l'existence d'une glycosurie tabétique. Ce caractère n'a donc qu'une valeur relative. Il en est de même de la constance de la glycosurie dans le diabète vrai, de son inconstance dans le tabes. Ce caractère n'a encore rien d'absolu.

La densité des urines tabétiques glycosuriques sem-

[1] Le Gendre. — *Traité de médecine*, t. I, p. 407. Paris, 1891.

ble moins élevée que dans le diabète. Les chiffres donnés par Oppenheim, Reumont, dans leurs observations sont 1.012, 1.015, 1.019, mais ceci n'a pas grande valeur car, d'une manière générale, la densité est en rapport direct de la quantité de glycose contenue dans l'urine. Le chiffre de l'azoturie n'a pas plus de valeur différentielle. Quand il y a azoturie on peut affirmer la légitimité du diabète, mais son absence n'a aucune signification pour ou contre, car, M. Bouchard, sur 100 diabétiques, en a trouvé 46 éliminant une quantité normale d'urée, 41 azoturiques et 13 anazoturiques.

De même, en général, la polyurie semble être l'apanage du diabète et cependant le diabète chronique des arthritiques ne s'accompagne très souvent que d'une polyurie modérée (2, 3, 4 litres dans les vingt-quatre heures).

En somme, la valeur comparative de ce parallèle est purement relative. Elle est encore amoindrie par ce fait que les cas de glycosurie tabétique sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en déduire des règles générales. En vérité, les caractères différentiels tirés de l'examen des urines n'ont qu'une valeur limitée, surtout si on les considère isolément; pris en groupe et réunis chez un même individu, ils permettent des présomptions. Mais, c'est à la catégorie des phénomènes concomitants qu'il faut s'adresser pour arriver à la probabilité, sinon à la certitude clinique.

La glycosurie diabétique s'accompagne généralement de polydipsie et de polyphagie, phénomènes qui semblent faire défaut dans la glycosurie des tabétiques. Il faut pourtant ajouter que ces phénomènes dépendent

soit de la polyurie, soit de la déperdition énorme de l'organisme en sucre, c'est-à-dire de la quantité de sucre éliminée, quantité variable dans le diabète vrai, ce qui enlève à ces phénomènes concomitants une importance diagnostique. Ils ont pourtant, unis aux caractères précédents, une certaine valeur. Ajoutez aux divers symptômes du diabète constitutionnel, à ses complications ordinaires : anthrax, furonculose, gingivite expulsive, etc... ; aux résultats d'un traitement approprié, ils éclairent le diagnostic et entraînent la conviction. Mais, en définitive, ces symptômes, ces complications ordinaires peuvent faire défaut et force est bien de s'appuyer sur d'autres phénomènes pour séparer la glycosurie des diabétiques de celle des tabétiques.

Le moment est venu de mettre en relief une série de symptômes qui semblent propres à la glycosurie de l'ataxie locomotrice progressive. C'est une série de phénomènes bulbaires, et cela devait être, étant donné le siège du niveau du plancher du quatrième ventricule, de la lésion qui entraîne la glycosurie tabétique. Les phénomènes bulbaires *observés jusqu'ici* sont :

1° L'*anesthésie dans le domaine du trijumeau* ; 2° la *fréquence du pouls* ;

Ce sont là deux symptômes qui semblent constants ; ils existent dans les trois observations de glycosurie d'origine tabétiques connues de nous (Oppenheim, Reumont, Fischer). Ils ont donc une importance de premier ordre et ils doivent toujours être recherchés. Dans le cas d'Oppenheim, le pouls battait de 100 à 120 ; dans celui de Reumont, à 100 et il était constamment accéléré dans l'observation de Fischer.

Viennent en second ordre les signes suivants :

3° *Crises gastriques et laryngées;* 4° *Troubles dans les fonctions des cordes vocales;* 5° *Toux convulsive, éternuement et accès de suffocation.*

Ces trois derniers symptômes concomitants ne sont mentionnés que dans le cas d'Oppenheim.

La constatation chez un tabétique glycosurique de ces symptômes plaidera donc pour l'origine tabétique; leur absence pour l'existence d'un diabète vrai, c'est-à-dire, dans l'espèce, pour une association tabético-diabétique. Inutile de faire remarquer que ces divers symptômes faisaient défaut dans les observations inédites que nous avons rapportées plus haut.

Nous voici en mesure de répondre aux diverses exigences de la clinique et du problème qui doit être posé et résolu de la manière suivante :

A. — Etant donné un diabète sucré au cours duquel surviennent des accidents nerveux tabétiformes, dire si on se trouve en présence d'un vrai ou d'un faux tabès.

Si les accidents nerveux se bornent à des signes tels que : pertes des reflxes rotuliens, douleurs fulgurantes, troubles divers de la sensibilité objective... signes de la première catégorie, le tabes vrai peut être soupçonné mais non démontré. On peut en effet songer au faux tabes du diabète sucré. Le résultat du traitement anti-diabétique sur ces symptômes nerveux donnera certaines présomptions pour ou contre le tabes, mais rien que des présomptions, car, il faut savoir que le signe de Westphal relevant du diabète, n'est pas toujours influencé parallèlement aux autres signes spinaux. Si, par contre, l'amendement de ces

accidents est notable et général, il plaidera pour l'existence d'un faux tabes.

S'il survient au cours d'un diabète des signes de la seconde catégorie : troubles oculaires, vésicaux, moteurs... le diabète véritable coexiste incontestablement avec l'affection la première en date. Dans ces cas d'association, il ne s'agira plus que de départager entre le diabète et le tabes les symptômes observés. Aisé pour les signes de la seconde catégorie, ce partage sera très délicat pour ceux de la première : signe de Westphal, troubles de la sensibilité... L'influence du traitement pourra fournir des renseignements intéressants dans quelques cas, mais non dans tous.

B. — Etant donné un tabes authentique, au cours duquel l'examen des urines décèle la présence du sucre, dire si cette glycosurie est symptomatique de l'ataxie locomotrice ou du diabète vrai.

Si les caractères de cette glycosurie considérée en elle-même, si les phénomènes qui forment le cortège habituel des glycosuries symptomatiques coexistent chez le malade : inconstance, petite quantité du sucre, densité faible, absence de polyurie, de polyphagie, de polydipsie, etc..., les présomptions seront en faveur de l'origine tabétique. Ces présomptions se changeront en quasi-certitude si on constate en même temps : l'anesthésie dans la sphère du trijumeau, la fréquence du pouls et des crises laryngées respiratoires.

Si, au contraire, ces symptômes, presque pathognomoniques — nous voulons parler des deux premiers — sont absents, de fortes probabilités s'ensuivent, par le fait même, en faveur du diabète sucré. Et ces proba-

bilités deviendront certitude si vient à se montrer le cortège classique du diabète constitutionnel.

Telle est, nous semble-t-il, la marche à suivre pour arriver à la solution de ce double problème clinique. Nous nous croyons, en conséquence, pleinement autorisés, en attendant la confirmation d'une autopsie qui serait péremptoire et irréfragable, à tirer de cette étude les *conclusions* suivantes :

1° Il existe des cas d'associations du tabes vrai avec le véritable diabète sucré ;

2° Cette association du tabes avec le diabète, chez un même individu comme dans une même famille, n'est pas une coïncidence fortuite ; elle est la conséquence des liens étroits de parenté qui unissent les deux grandes familles arthritique et névropathique en général, le diabète et l'ataxie locomotrice progressive en particulier ;

3° Pour établir le diagnostic de ces cas d'association et les séparer du pseudo-tabes diabétique et de la glycosurie tabétique avec lesquels on pourrait les confondre, il faut procéder de la manière suivante :

a. — Il s'agit d'un diabétique avéré avec signes nerveux tabétiformes. Si le traitement antidiabétique amende ces signes nerveux en même temps que les symptômes habituels du diabète, on peut affirmer le pseudo-tabes. Dans le cas contraire, on aura des présomptions en faveur du vrai tabes. Et l'existence ou l'apparition ultérieure de certains signes tabétiques : incoordination spéciale, troubles vésicaux, oculaires, transformeront ces présomptions en certitude. On sera alors en présence d'un véritable tabes associé au diabète sucré.

b. — Il s'agit d'un tabétique avéré dont les urines contiennent du sucre. Si cette glycosurie s'accompagne d'anesthésie dans le domaine du trijumeau, de fréquence du pouls, de crises laryngées, respiratoires, elle est sous la dépendance de l'ataxie locomotrice progressive. Si, au contraire, ces signes concomitants manquent, il y aura de fortes probabilités — le nombre restreint des cas de glycosurie tabétique empêche d'être plus affirmatif — en faveur de l'origine diabétique de cette glycosurie, sans parler de l'existence à un moment ou l'autre des symptômes classiques du diabète sucré. On se trouvera alors en présence du diabète vrai associé au tabes.

APPENDICE

Notre travail était déjà sous presse lorsque M. le Dr Latil (d'Aix) fit au Congrès de Marseille une intéressante communication sur une famille dont presque tous les membres étaient atteints de maladie de Friedreich. L'un d'eux était diabétique. M. Latil, avec une grande obligeance, dont nous le remercions ici, voulut bien nous envoyer quelques notes concernant cette famille et son tableau généalogique. On trouvera également plus loin un autre tableau qu'il nous envoya dans la suite et qui n'est pas moins intéressant.

Observation de la famille A... (*Maladie de Friedreich.*)
(Dr Latil, d'Aix.)

La famille A... offre un intéressant exemple d'*ataxie héréditaire*. *Huit* de ses membres ont été atteints successivement en l'espace de quatre générations.

Tous ceux que nous avons pu étudier réunissaient les symptômes cardinaux décrits par Friedreich : caractère familial de l'affection, incoordination motrice se manifestant dans les jambes et les bras, d'abord sous forme d'incertitude, puis avec les caractères ataxiformes; trouble de la parole; absence de douleurs fulgurantes, de

crises viscérales, de troubles de la sensibilité. Cependant quelques-uns des symptômes de l'ataxie héréditaire font défaut chez nos malades : c'est le nystagmus et la déviation vertébrale, qui ont été consignés chez cinq des 9 malades du mémoire de Friedreich. De plus, contrairement à ce qui a été observé par cet auteur, le contrôle de la vue chez deux sujets de notre famille corrige nettement l'incoordination motrice. Chez l'un d'eux, fait signalé par Mendel, il existait dès le jeune âge du tremblement de l'écriture. Chez le même, les reflexes rotuliens sont notablement exagérés.

Examinons maintenant comment s'est faite l'évolution de la maladie dans la famille A.... L'aïeul, ataxique depuis plus de vingt ans, est mort à un âge avancé.

La deuxième génération se compose de trois filles et d'un fils. Parmi ces quatre membres, trois sont ataxiques et le troisième, la seconde fille, est *diabétique*.

Actuellement âgée de soixante-deux ans, en 1884, elle consulta son médecin pour un prurit vulvaire, c'est ce qui mit sur la trace du diabète; elle avait alors 40 grammes de sucre par litre; elle a suivi depuis cette époque le régime classique plus ou moins atténué, et des traitements alcalins ou arsenicaux divers; le sucre varie de 4 à 10 grammes par litre, mais n'a jamais entièrement disparu; elle a un assez fort embonpoint et ne présente aucun autre trouble de santé générale. Sa descendance est particulièrement intéressante à étudier. Sa fille aînée, *névropathe simple*, boit, aucun phénomène morbide, a une fille unique de dix-neuf ans, *hystérique* et *astasique-abatique* depuis un an (diagnostic porté par le Dr Grasset). La seconde fille, actuellement bien portante, a eu à l'âge de dix-sept ans, une chorée grave de longue durée avec troubles intellectuels.

La troisième génération compte 17 personnes, dont quatre seulement ataxiques, mais parmi elles figurent les trois fils de la branche *aînée*. Nous y relevons encore une choréique dont nous venons de parler.

La quatrième génération se compose de douze enfants dont les âges varies de vingt à cinq ans, chez aucun d'eux on ne peut deviner encore l'ataxie : un seul a les *doigts en massue* et une fille de dix-neuf ans est *hystérique* avec *astasie-abasie;* nous l'avons citée.

Nous n'avons pu trouver dans la famille A... les traces d'aucune diathèse : syphilis, arthritisme, etc., pouvant jouer un rôle étiologique. La goutte et la tuberculose y ont été introduites par des croisements étrangers et ne peuvent entrer en ligne de compte.

Toute l'histoire de cette famille se trouve consignée dans le tableau suivant.

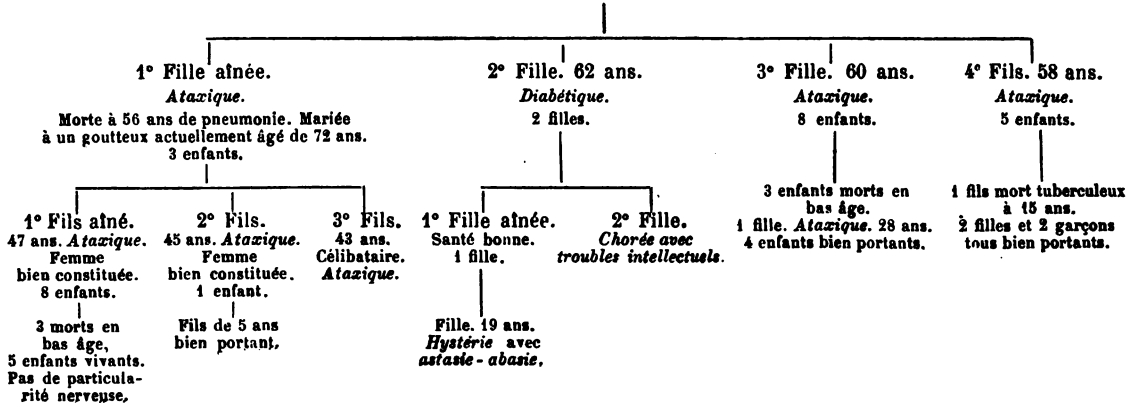
TABLEAU XXIV

FAMILLE A... (Dr LATIL)

(Le terme ataxie signifie toujours dans ce tableau ataxie héréditaire ou maladie de Friedreich.

A... *ataxique*, mort à un âge avancé.

A eu 4 enfants.



Dans la suite nous avons pu encore, grâce à l'obligeance extrême de notre maître, M. le professeur Charcot, qui s'est livré à des recherches de ce genre systématiquement chez presque tous les malades de sa consultation, recueillir un certain nombre de tableaux généalogiques. Ils peuvent, comme les précédents, se grouper sous deux chefs : d'une part ceux qui montrent la parenté, au point de vue héréditaire, du diabète et des maladies du système nerveux ; d'autre part ceux qui ont trait principalement à celle du tabes et du diabète.

1° DIABÈTE ET MALADIES NERVEUSES

TABLEAU XXV

FAMILLE BER... (Dr LATIL, d'Aix)

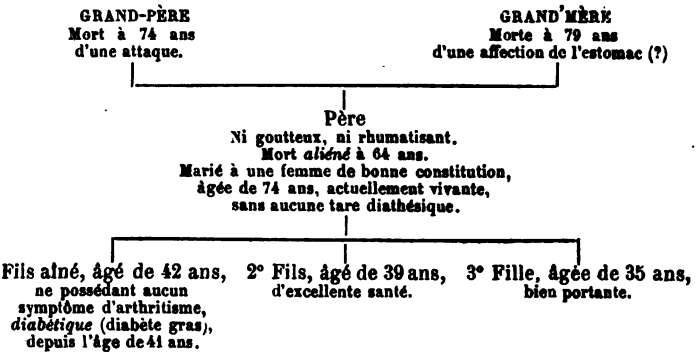


TABLEAU XXVI

FAMILLE ISRAÉLITE

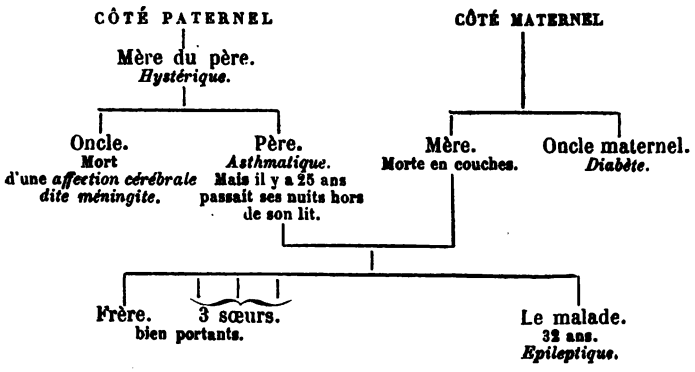


TABLEAU XXVII

FAMILLE P...

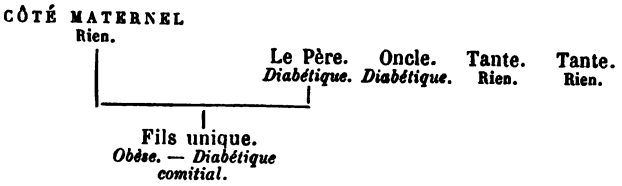


TABLEAU XXVIII

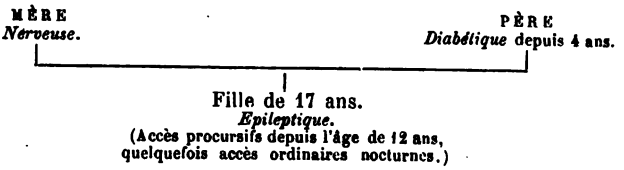


TABLEAU XXIX

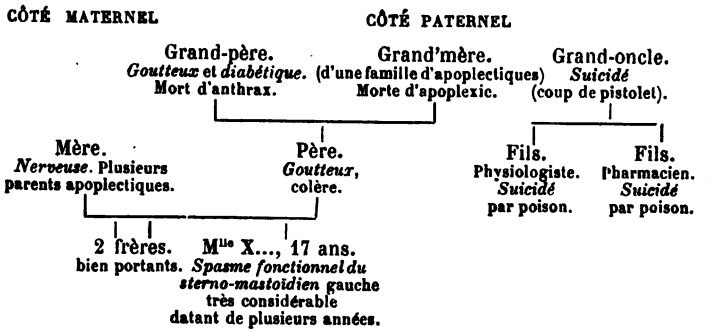


TABLEAU XXX

FAMILLE D...

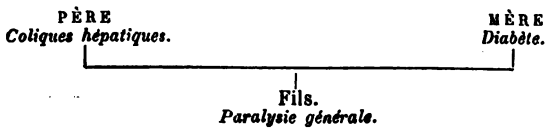


TABLEAU XXXI

FAMILLE ISRAÉLITE

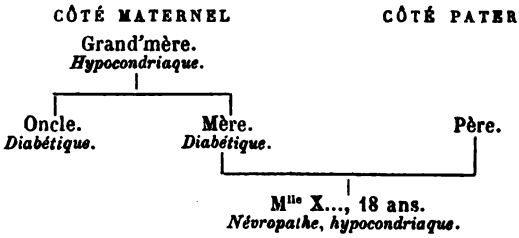


TABLEAU XXXII

FAMILLE ISRAÉLITE

PÈRE
Mélancolique.

Fils.
Diabétique et *mélancolique.*

2° TABES ET DIABÈTE

TABLEAU XXXIII

FAMILLE R...

PÈRE
Diabétique, avec névrite diabétique, zona, etc.

Fils.
Tabes et *paralysie générale.*

TABLEAU XXXIV

FAMILLE ISRAÉLITE

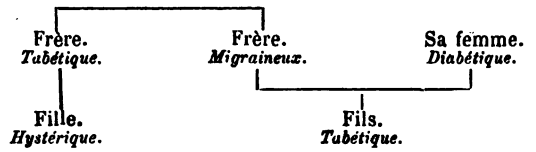


TABLEAU XXXV

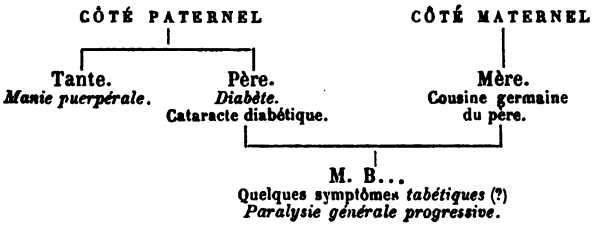


TABLEAU XXXVI

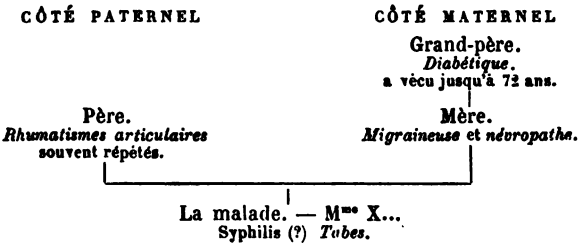


TABLEAU XXXVII

FAMILLE ISRAÉLITE

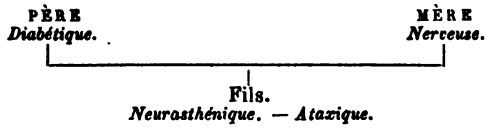
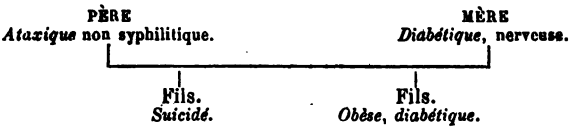


TABLEAU XXXVIII

FAMILLE ISRAÉLITE



Si tout ce que nous avons déjà dit n'est pas assez, peut être cette longue accumulation de généalogies suffira-t-elle par elle-même à entraîner la conviction.

RECUEIL DE FAITS

SUR LES HALLUCINATIONS, ET EN PARTICULIER LES HALLUCINATIONS VERBALES PSYCHO-MOTRICES, DANS LA MÉLANCOLIE;

Par J. SÉGLAS, médecin suppléant de la Salpêtrière,
et PAUL LONDE, interne des hôpitaux.

Dans son remarquable mémoire sur les hallucinations, Baillarger a nettement distingué des hallucinations qu'il appelle psycho-sensorielles une variété d'hallucinations dites par lui psychiques. L'un de nous, dans un précédent travail[1], s'est attaché à étudier le mécanisme de cette dernière variété d'hallucinations qui seraient en fait des hallucinations verbales psycho-motrices. En deux mots, nous rappellerons ce qu'on doit entendre par hallucination psycho-motrice. Se fondant « sur la théorie qui fait de l'hallucination en général un trouble fonctionnel des centres corticaux[2] », il est aisé de se rendre compte que chacun des centres de la fonction du langage pouvait être le siège de ce trouble fonctionnel, de cet état d'éréthisme qui provoque l'hallucination. Suivant le centre excité il y a hallucination verbale visuelle, verbale auditive, verbale motrice et même verbale graphique. L'excitation des centres moteurs du langage produira, suivant le degré d'excitation : l'impulsion verbale, l'hallucination verbale motrice simple ou enfin à l'état plus faible, la représentation mentale motrice. Cette manière de voir est acceptée aujourd'hui par un certain nombre d'aliénistes (Mann, Cullerre, Tamburini, P. Janet, Soury, Ballet).

Ces hallucinations verbales psycho-motrices sont connues chez les persécutés chez lesquels elles s'ajoutent aux hallucinations verbales auditives[3]. Nous croyons qu'à ses degrés

[1] J. Séglas, in *Progrès médical*, 1888, et *Archives de Neurologie*, 1891.

[2] J. Séglas et P. Bezançon. — *Annales médico-psychologiques*, 1889, note de la page 29.

[3] Ballet. — *Sem. médicale*, 1891.

divers, elles sont fréquentes aussi chez les mélancoliques, et si on y a peu insisté jusqu'ici, c'est peut-être parce qu'elles restent souvent chez eux à l'état faible. Mais chez ces malades, quelle que soit leur intensité, elles semblent avoir beaucoup plus d'importance que les autres hallucinations et contrairement à ce qui se passe dans le délire des persécutions hallucinatoires à marche progressive, elles précèdent ici l'hallucination auditive qui n'est que secondaire quand elle existe, que « confirmative du délire ». Nous laissons de côté et à dessein la mélancolie avec stupeur dans laquelle les hallucinations visuelles et auditives sont souvent, au contraire, prédominantes. En effet, les cas de stupeur hallucinatoire nous paraissent devoir être mis à part, ainsi qu'on tend d'ailleurs à le faire aujourd'hui de plus en plus.

Voici tout d'abord une observation de délire mélancolique déjà publiée par l'un de nous[1]. Non seulement l'hallucination verbale psychomotrice y est signalée, mais la malade elle-même décrit très nettement ce qu'elle ressent.

M^me^ P..., née Ch..., trente-huit ans est entrée à la Salpêtrière, le 22 décembre 1887.

Père buvait à l'occasion ; mère un peu nerveuse. Développement tardif, niveau mental faible. Il y a dix ans accès de mélancolie, ayant duré deux ans.— L'accès actuel a débuté au cours d'un allaitement durant déjà depuis dix mois. Son enfant eut alors des convulsions qui l'effrayèrent beaucoup. Au début, période de tristesse, d'apathie, perte de sommeil; puis au bout de quelques jours, hallucinations de l'ouïe, de la vue, troubles de la sensibilité générale, délire mélancolique, interprétations délirantes. Elle croit avoir fait le malheur de sa famille, elle se reproche des fautes imaginaires; les gestes qu'elle voit faire signifient qu'elle paiera pour tout le monde. Idées de suicide parce que la religion a dit : si ton pied est cause de quelque chose de mauvais, il faut l'éloigner. Or elle qui cause le malheur de l'humanité doit être supprimée. Plus tard la malade a présenté des hallucinations dites psychiques, qu'elle distingue parfaitement des autres, parce qu'elle ne les entend pas par l'oreille; « mais ce sont, dit-elle, des mouvements qui se font en moi qui me disent tout cela. » Quand les voix intérieures parlent, on la voit remuer les lèvres et prononcer des mots indistincts qu'elle répète ensuite tout haut. Depuis qu'elle éprouve ces phénomènes, « elle est obligée de parler sa pensée et de causer seule tout le temps; auparavant elle pensait sans parler. »

[1] J. Séglas et P. Bezançon, *loc. cit.*

Un jour, elle a senti quelque chose lui entrer par les sens, comme un air dans la bouche : c'est son enfant (qu'elle croit mort) qui s'est emparé d'elle : pendant quelque temps son âme était entrée dans la sienne et lui parlait intérieurement. Elle a toujours une voix intérieure qui rappelle des faits passés pour elle ou d'autres personnes et une autre qui la gronde : c'est celle du bien qu'elle n'a pas fait. « D'ailleurs, ajoute-t-elle, il y a toujours en moi deux idées qui se contredisent. » Une voix intérieure lui dit de me dire : « Vous avez aimé une femme qui est le diable ; » une autre lui dit qu'elle a mal fait de le dire — « Je suis Jésus en vous, » lui dit une voix au cœur, et un autre répond à la même place : « Tu es ironique. »

Voilà donc une mélancolique qui nous offre réunis différents degrés de l'hallucination verbale motrice. « Elle est obligée de parler sa pensée, » ou bien elle remue simplement les lèvres ou bien elle sent une voix au cœur. La coexistence chez le même individu de ces différentes manifestations des voix intérieures est une preuve qu'elles ont le même point de départ, et si l'expression de la malade varie, si elle localise différemment ses voix, si elle établit entre elles des nuances il y a une chose qui ne varie pas, c'est le point de départ intérieur de ces voix. Il faudrait avoir à faire à un malade bien intelligent et particulièrement conscient pour préciser les particularités qui peuvent indiquer la nature psycho-motrice de ces hallucinations.

Cela n'est pas rare cependant et il en est, comme le témoignent nos observations antérieures, qui rapportent leurs voix intérieures aux mouvements d'articulation de la langue, d'une façon précise. Par contre, il peut ne pas y avoir de localisation ; c'est la simple conversation mentale ; c'est ce que les malades appellent la voix de la conscience, la pensée intérieure. On conçoit que les malades expriment différemment leurs sensations suivant leur éducation, leur intelligence, leurs croyances aussi bien que suivant l'intensité du phénomène hallucinatoire.

Nous suivrons le développement de l'hallucination psychomotrice successivement chez les mélancoliques avec conscience, chez les mélancoliques déprimés et chez les mélancoliques anxieux, suivant la division de notre maître, M. Falret. Nous verrons ainsi en quelque sorte comment se constitue la voix intérieure chez des malades et nous chercherons à mon-

trer comment, chez les anxieux surtout, elle devient si indépendante et si inconsciente pour le sujet, qu'elle peut facilement passer à un examen superficiel pour une véritable voix extérieure.

Observation I.— Mme B..., âgée de cinquante-neuf ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le 10 novembre 1891.

Elle a des idées noires. Il y a deux ans, son mari s'aperçut déjà de quelque chose. Elle s'ennuyait, ne se plaisait plus chez elle. Elle avait eu son retour d'âge à cinquante-quatre ans. Elle sortait pour trouver de la société; mais elle se fatiguait très vite. Elle se plaignait, n'était pas dans son état normal. Elle avait un mouvement dans les yeux. Elle se sentait faible sur ses jambes.

Ils achètent une maison il y a quinze mois. Ce fut un mauvais marché, ils y perdirent de l'argent. Et puis elle s'aperçut que le voisinage ne lui plaisait plus. De là des inquiétudes, des angoisses même. Elle y pensait la nuit et « ruminait » cela le matin. On faisait des remarques sur sa maison. Elle-même lui trouvait de nouveaux inconvénients tous les jours. Elle, qui avait l'habitude de voir beaucoup de connaissances tous les jours, ne voyait plus personne là où elle se trouvait maintenant. Un jour, visitant une amie, elle vit le papier de la chambre autrement qu'il était.

A l'église elle trouvait le temps long, s'impatientait. Se sentant absorbée elle ne pouvait rester en place. Elle se sentait obligée d'aller voir un voisin malade; elle cherchait un prétexte pour y aller.

Alors elle pensait à ses enfants. « Quel mal vais-je leur faire, se disait-elle; il n'y a pas deux malades comme moi sur la terre; les autres guérissent et moi non. » Elle ne voulait plus qu'ils s'occupassent d'elle.

Elle éprouva en outre, il y a neuf mois, une contrariété brusque et depuis ce moment son état a empiré.

Elle a été prise de crises qui survenaient vers deux heures du matin. Elle avait une sensation de boule à l'estomac, une douleur vive au vertex et des battements dans les tempes. Puis elle s'agitait et se raidissait. Ces crises ont duré six semaines à deux mois. Elles étaient quotidiennes. Nous n'avons pas d'ailleurs trouvé chez elle autre chose qui puisse confirmer l'hystérie.

Elle a maigri de trente-cinq livres quoique ayant bon appétit. L'estomac était bon, mais depuis quelques jours, elle a des renvois le matin.

Actuellement elle n'a plus de volonté, plus de goût au travail. Elle se préoccupe toujours de la peine qu'elle fait à ses enfants en ne pouvant pas surmonter son mal. Il y a trois semaines, elle se

frappait l'estomac tant elle s'en voulait à elle-même. « Je ne suis pas digne de voir le jour ; je suis une mauvaise mère, dit-elle. Mes enfants ont des attentions pour moi, mais je n'en suis pas digne. »

Conversation mentale. — Le matin, quand elle se réveille, elle est assaillie d'idées. Elle se répète qu'elle aurait dû réfléchir avant d'acheter sa maison, qu'elle a été bête. Elle ne peut penser à autre chose. A propos de n'importe quoi elle se dit souvent : j'aurais mieux fait d'agir autrement, je ferais mieux de changer d'idée. Il lui arrive de *parler toute seule;* elle se sent alors réellement *forcée de parler.* « Si je reste comme ça, je ne pourrai plus servir à rien ; on sera obligé de me mettre dans une maison. » Si elle n'avait pas de religion, elle se donnerait la mort. Elle ne trouve pas à redire à ceux qui le font. Elle souhaite seulement qu'une bonne congestion vienne la prendre. Pas d'impulsions au suicide.

Pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe. Rien au cœur ; artères souples.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans, elle n'a jamais été malade. Elle fut facile à élever, elle apprenait bien.

Etant jeune, elle était très scrupuleuse, avait toujours peur de mal faire. Après s'être confessée, elle avait peur de n'avoir pas tout dit. Pourtant elle était gaie et avait du caractère.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort du choléra à soixante-seize ans. Sa mère qui a quatre-vingts ans est encore d'un bon conseil.

Une sœur morte d'apoplexie à soixante-dix ans. Un frère mort d'une maladie cérébrale ; cela lui était venu quatre ans après un incendie.

Cette malade est un type de mélancolie avec conscience. Son caractère l'y prédisposait peut-être un peu. Elle se portait médiocrement lorsque survient une contrariété. Elle s'y attache, la rumine, devient aboulique, se voit incapable, indigne et est prise de craintes pour l'avenir, et son état d'indécision est tel qu'elle désire la mort sans penser à se la donner. Elle présente de la conversation mentale très nette et la preuve que chez elle cette conversation mentale se fait surtout à l'aide de représentations mentales motrices c'est qu'elle arrive ainsi à se parler à elle-même à haute voix.

Observation II. — La nommée Marie Fuzer... est entrée à la Salpêtrière le 5 décembre 1889 (service de M. Falret). Le certificat

portait le diagnostic de dégénérescence mentale, dépression mélancolique. Elle est décédée dans le service le 14 février 1890.

Cette malade se fait remarquer par une phraséologie prétentieuse. Elle aspire à l'idéal. Elle a, dit-elle, une maladie de l'âme. (Elle distingue l'âme et le cœur). Son chagrin lui vient de ce qu'elle n'a pu élever ses enfants comme elle aurait voulu. Et puis son mari voulait toujours l'enc... Elle avait une passion pour la mécanique et a fait de son fils un mécanicien.

Elle est tombée dans la dépression mélancolique et dans une inertie progressive, par paralysie de la volonté, dit-elle.

Voix intérieure. — Une *voix de sa conscience* lui disait : « Travaille et prie. » Elle ne fut *articulée* qu'une fois.

Pas de mauvais génie. Pas d'idées délirantes.

Idées de suicides particulières, Elle voulait donner dix francs à un mauvais sujet pour qu'il la jette à l'eau. Elle voulait aussi que ses enfants mourussent avec elle, parce que leur avenir ne lui semblait pas être ce qu'il aurait dû être.

Antécédents. — Mère aliénée.

Cette mélancolique avait donc une voix de la conscience qui pouvait être articulée, ce qui prouve que c'est bien le centre moteur d'articulation qui était excité. La façon dont elle voulait se suicider en se faisant tuer est bien digne d'une malade qui se disait elle-même paralysée de la volonté.

Observation III. — Mélanie Bac..., veuve Paq..., âgée de cinquante-cinq ans, fleuriste, est entrée dans le service de M. Falret, le 23 août 1890.

Début. — La maladie semble avoir débuté *il y a deux mois.* Mélanie B... s'est affaiblie à la suite des grandes fatigues que lui causa son travail et peut-être d'une contrariété qu'elle éprouva à l'atelier. Au lieu de rester à l'atelier, elle revint travailler chez elle, et à partir de ce moment, elle se porta plus mal. Déjà *depuis un an*, elle n'allait pas très bien. Elle avait éprouvé une déception à l'occasion de l'héritage d'une cousine qui ne lui a laissé qu'une rente de 600 francs.

Il *y a cinq ans*, à la suite d'une période de surmenage, elle paraît avoir eu une première atteinte avec état neurasthénique, idées noires, préoccupations pour son travail. C'est sans doute ce que sa famille appelle une crise nerveuse, car elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. C'est après cette crise que sa faiblesse de caractère s'est surtout accentuée. Elle était devenue comme une enfant. Ces mêmes préoccupations l'ont repris peu à peu depuis un an. Elle se tourmente parce que sa patronne est emportée. Ces deux derniers

mois elle a vieilli beaucoup, s'est *amaigrie*, a perdu le *sommeil* et l'*énergie*. Elle était au contraire travailleuse, active, tout en étant triste. Elle avait mal dans le dos et voulait rester couchée. Il fallait la faire manger comme un enfant.

Depuis un mois environ, elle a des interprétations délirantes. Mais elle était déjà malade quand elle a commencé à se faire des idées. Elle se forçait à manger; elle sentait ses jambes molles comme des chiffes le matin. Puis elle s'est préoccupée de son *fils*, craignant qu'il ne marche pas droit. Enfin, elle a *peur*, la nuit surtout. Cette peur lui est venue insensiblement. Elle avait surtout peur du feu, et cependant elle passait des nuits sans dormir, la bougie allumée. Elle était comme électrisée. Elle disait à une petite voisine : « Sauve-toi, sauve-toi, je vais te faire du mal. » « La peur, dit-elle, est venue après la faiblesse, et les mauvaises pensées après la peur. » En même temps que la peur, elle éprouvait déjà des impressions contraires (humeur négative de Griesinger). Elle souffrait de voir des lumières, de voir parler un enfant; tout lui faisait mal, etc.

Il y a *quinze jours*, elle est venue habiter chez son fils, le plus jeune, qui est horloger. Elle a vu la situation plus difficile qu'elle ne croyait. Elle craint de le voir passer pour voleur. Tout lui déplaît. *C'est une sensation de vide qu'elle a dans le gosier qui lui donne ces mauvaises pensées.* Zigzags de feu dans l'estomac. « Mon Dieu, dit-elle, vaudrait mieux que je meure que de supporter cela. »

Enfin elle a eu l'idée de se tuer et de se jeter à l'eau. Elle s'est échappée un soir de chez son fils, mais elle n'a pas eu le courage de se suicider.

Etat actuel. — Elle aurait désiré mourir.

« Tout le monde me regarde, dit-elle, je fais frayeur à tout le monde, tellement la *terreur est en moi*. J'ai peur de penser des choses qui ne sont pas bien. »

Elle a *conscience* de son état et ne peut plus pleurer.

Pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe.

Examen physique. — Pas de troubles vaso-moteurs. Dédoublement du deuxième bruit à la base. Un certain degré d'athérome. Peau froide, sèche, flasque. Etouffements quand elle réfléchit à ses idées tristes. Champ visuel normal. Fosse iliaque droite très légèrement sensible. *Lobule de l'oreille adhérent.* Voûte palatine ogivale.

Antécédents personnels. — Elle n'a pas eu dans sa jeunesse d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de dix-sept ans.

Mais elle se rappelle qu'en pension, où elle fût mise à l'âge de trois ans, quand on chuchotait près d'elle, elle pensait qu'il y avait un mystère dans sa famille. Elle voit aujourd'hui qu'elle avait une

destinée. Elle avait un caractère difficile. On l'enviait autrefois, maintenant on a pitié d'elle.

Réglée à quinze ans. Elle ne voit plus depuis dix-huit mois environ. Mariée à dix-sept ans et demie.

Elle avait, dit-elle, une santé de fer. Cependant, elle avait des migraines qui ont disparu depuis longtemps. Elle passait pour intelligente, mais était peu sympathique. Quand on jouait en famille, elle aimait mieux prendre sa tapisserie. Elle ne causait pas beaucoup devant le monde ou bien elle disait tout d'un coup quelque chose que l'on n'attendait pas. Elle était un peu prétentieuse. Plus tard, elle se laissait traiter comme une enfant, ne connaissant que son métier et ne pouvant s'occuper d'affaires.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à trente-cinq ans d'un refroidissement. *Sa mère n'était pas nerveuse.* Elle est morte à quatre-vingt-trois ans à la Salpêtrière. Elle ne l'aimait pas, dit-elle. Elle avait été surveillante à la Maternité.

Sa grand'mère était surveillante à la Salpêtrière.

Elle a perdu un frère à trente ans de la poitrine et une sœur qui avait huit ans (elle avait la jaunisse).

Famille personnelle. — Son mari est mort à trente-cinq ans de phtisie pulmonaire. Elle a perdu deux filles l'une à huit mois, l'autre à deux mois. Il lui reste deux frères dont l'aîné est *nerveux* et ressemble à sa mère, avec laquelle il avait de la peine à s'entendre. Aussi aimait-elle davantage le plus jeune qui ressemblait à son mari.

1890. 25 *août.* — Elle revient sur son fils. « On ne fera pas imprimer les choses que j'ai dites; on punirait mon fils. » — « Les personnes qui sont dans la cour sont affolées de voir une physionomie comme la mienne. »

« Hier j'ai pensé, à propos de ma tristesse, que mon fils m'avait vendu une montre d'occasion. Je l'ai jugé et je lui ai dit : « Pour « que cela soit régulier, il faut que tu me donnes un reçu. — Cela « va sans dire, répondit-il. » Et cependant il ne me l'a pas donné. Vous voyez bien que j'ai lieu de m'inquiéter à son sujet. Il n'est pas honnête. »

27. — Voici comment elle expose ses idées de culpabilité, d'humilité; et comment elle manifeste le phénomène de la conversation mentale.

« Aujourd'hui, j'ai encore la tête plus lourde. Mon fils est un vaurien, la pire des choses quand on vend des choses comme celles qu'il vend (il est horloger). Je crains qu'il n'emprunte et ne couvre pas ses emprunts. » Mais elle avoue qu'en somme *elle n'en sait rien.* « Du moment que je lui ai pris cette montre, s'il n'a pas rempli ses engagements, ni lui ni moi ne méritons de considération. »

Elle *se sent changée* intérieurement et extérieurement. « Je ne

suis plus rien, je suis écrasée. Je ne vous regarde pas en face, parce qu'en effet je n'en suis pas digne. Ne vous approchez pas, mon haleine sent mauvais. Si vous saviez comme dans cette maladie on ressent tout péniblement.

« Quand je suis couchée, j'ai mal partout; c'est comme une pesanteur. J'ai dans la gorge comme une respiration aiguë, et c'est elle qui me donne des *idées mélangées*. Le mélange des idées consiste à avoir *toute espèce de contrariétés et à combattre les ennuis*. »

En s'en allant elle se cache la figure pour traverser la cour. Ne voyant personne, elle dit qu'on a éloigné tout le monde *à cause* d'elle.

28. — Elle a eu de la diarrhée hier et se sent abasourdie. Elle explique sa diarrhée en disant qu'on a peut-être mis quelque chose dans ses aliments. Ainsi craintes vagues d'empoisonnement. Elle n'a pas d'hallucinations du goût.

« Il y a *du pour et du contre* dans tout. Je suis résignée. On fera de moi ce qu'on voudra. Je suis comme une bûche, je suis un âne, Je suis le ridicule, je suis une saleté. Je suis une incapable, une paresseuse. Je suis une bête de somme, je suis rien du tout. On ne me le dit pas, je le comprends. Je ne suis pas au niveau des autres; je suis au-dessous des autres. Je devrais être seule et me traiter comme une bête. J'aimerais mieux être enfermée que d'être avec tout le monde. Maintenant, je ne ressens rien, tout me laisse indifférente. Qu'on fasse ce qu'on voudra de moi. Faut croire que je suis un être inutile.

« Je ne me reproche rien. J'ai été dès mon enfance préparée comme cela. Je ne sais rien, l'histoire de la montre était une imagination. Je me suis mariée à faux. C'étaient de faux papiers. Mais on ne voulait pas me faire de mal, j'ai été très heureuse. Je crois que ma mère n'était pas ma mère. Mon nom n'est pas mon nom. Je suis comme un monstre physique et moral. Je suis changée du tout au tout. Mon mari ne devait pas s'appeler P... Je trouve tout drôle. Je ne sais pas d'où je sors, d'où je pars. Quand je touchais ma rente, je ne sais pas si c'était vrai; ça doit être faux; ça devait être préparé par tout le monde. C'est peut-être joué contre moi. Ma mère n'est peut-être pas morte. J'y ai été franchement parce que je suis un âne.

Conversation mentale. — J'étais un sujet préparé contre les idées. *Une voix dit pour, l'autre contre. Je ne les entends pas, je les comprends. Je cause en moi-même sans parler cependant.* Il m'a fallu arriver jusqu'à aujourd'hui pour cela. C'est comme des voix intérieures. » (Elle n'a pas remarqué l'articulation mentale.)

Elle n'a pas d'écho de la pensée non plus. « On devrait me découper; je sais que je serai coupée en morceaux; d'ailleurs, je ne sais et je n'ai pas peur. On suit ma pensée, on peut suivre ma lecture. *Je le vois par les réflexions qu'on fait.*

« Si je fais un rêve agréable, on fait du bruit exprès pour que je ne repose pas. Les autres ne doivent pas entrer dans ces bruits. Autrefois, j'avais des cauchemars la nuit. » Mais elle n'a pas de visions. Elle semble avoir de la tendance aux idées de négations.

« Je croyais vivre comme tout le monde, mais il faut croire que ce n'était pas cela. J'ai donc été mal élevée. Je n'étais pas moi-même, il fallait que je sois guidée. C'est la faute de ma mère. Alors elle ne m'aimait pas, elle n'était pas ma mère, je ne sais plus. Mes parents ne sont plus mes parents. Tout mon corps me semble étrange. J'ai une sensation de vide dans le côté. Tout a été faux dans ma vie. Rien n'était vrai. Je ne sais pas mon âge, je ne sais rien. »

Elle est frappée aujourd'hui de bizarreries de noms qui ne la frappaient pas autrefois.

« Ainsi, dit-elle :

Eau bourriquée : c'est pour une bourrique; et ces noms de malades ou de personnes que je connaissais : Soulier, Desoye, Mantelet, ça n'est pas des noms; Grenat, Cramoisi, ça n'est pas des noms, c'est des couleurs. »

1891. 9 *novembre*. — Toute son histoire est écrite. Elle voit aujourd'hui qu'elle avait *une destinée*. Elle est *indifférente* à tout maintenant contrairement à ce qu'elle était autrefois très heureuse. Tout ce qui s'est passé a été même pour ça. *Tout est mensonge*, archi-mensonge. Elle croit que tout est faux. Elle ne parle que de ce qu'elle sait faussement. Ainsi autrefois elle était bien accueillie partout, mais faussement. Aujourd'hui elle voit que tout le passé était faux. Car elle n'est pas traitée comme les autres. Elle *n'a pas d'affection* autour d'elle. On devrait faire d'elle une *victime*. Elle est tellement âne qu'elle n'ose plus ouvrir la bouche pour parler.

On devine sa pensée et elle ne devine pas la pensée des autres. Quand elle réfléchit, les personnes qui sont autour d'elle lui font voir qu'elles devinent sa pensée par les actes qu'elles font. Il y a eu des moments où elle prenait tout pour elle, mais maintenant elle les laisse dire. Elle a entendu murmurer que sa mère l'avait eue avant son mariage, mais elle n'en sait rien. Elle suppose que ses deux filles ne sont pas mortes; cependant elle les a crues mortes autrefois. Elle semble aussi depuis avoir reconnu sa sœur morte à huit ans. Mlle Dupont (l'ancienne surveillante) est morte dans ses fonctions, mais elle n'est pas morte. Ses fils sont mariés, elle ne sait pas comment. Les malades du service ne sont pas malades. Une chose qui la frappe, c'est que les gens *ont plusieurs rôles*, ainsi Mlle Dupont. Elle est aussi : Bourdon, Toursechoppe (une tante maternelle), Delleville.

Elle est persuadée que les internes sont là pour la *brûler*.

Ce qui l'a beaucoup tourmentée, c'est l'*incertitude* de l'existence.

Elle disait cet hiver à sa bru qu'elle la voyait dans la maison, ou du moins qu'elle la voyait passer. Elle a dit aussi avoir vu le père de sa bru, et avoir entendu son amie Amélie. Mais elle avoue que c'était peut-être des personnes qui leur ressemblaient. « Je me fais souvent une idée qui s'abat tout de suite, c'est plutôt dans mes réflexions à moi toute seule. » *Elle n'a jamais eu de voix extérieures*. C'est tout ce qu'on peut noter comme *interprétation délirante* ressemblant à une hallucination de la vue ou de l'ouïe.

Elle voit quelquefois double à la lumière. Cela tient sans doute à la divergence variable de son regard. Quand on lui fait fixer quelque chose ses yeux ne divergent pas, ils peuvent même converger dans une certaine mesure. Mais quand la fixation est difficile par exemple, quand on porte l'objet très en haut ou très en bas, ou bien quand elle regarde devant elle sans fixer son attention, on voit l'œil droit entraîné en dehors. L'acuité visuelle de cet œil droit est moindre que celle de l'œil gauche. Ces troubles de la vision paraissent remonter à l'enfance. Ses amis l'ont toujours connu ainsi.

20. — « On a sans doute besoin de moi, je dois servir à la société pour un procès. Je suis bonne à tuer. Vous devez savoir. Tout le monde connaît mes pensées et je ne connais pas celles des autres. » Quand on l'interroge, elle ne finit presque jamais sa pensée.

En somme, pour résumer cette longue observation qui à nos yeux représente un type de mélancolie, Mél. Paq. semble avoir dès l'enfance donné des preuves d'un état mental spécial. Du côté affectif, elle trouvait le monde bizarre, elle avait de la tendance à critiquer ses semblables et à s'isoler d'eux. Elle avait besoin d'affection et la repoussait. Du côté intellectuel, elle était travailleuse mais bornée, elle manquait de souplesse. Enfin, elle a toujours montré une volonté au-dessous de son âge. Cependant mariée, elle fut heureuse jusqu'au jour où elle perdit son mari et la mère de celui-ci qui l'aimaient beaucoup tous deux. A partir de ce moment, sauf une amie, elle retomba dans son isolement. Elle travaillait beaucoup et c'est dans un état de dépression physique marquée qu'elle commença à perdre l'esprit. Elle se nourrissait mal. Elle devint complètement aboulique et indifférente d'où ses idées de désespoir, d'humilité et de culpabilité. Elle se fixe dans un scepticisme vague doutant de ses sentiments et de ses idées noires, de ses actes même, incapable de faire de nouvelles synthèses mentales à l'aide de ses nouvelles impressions.

Au point de vue qui nous occupe, Mel. Paq... présente à un

très haut degré le phénomène de la conversation mentale à l'aide des images motrices, puisque la malade « cause en elle-même » comme si elle parlait « mais sans parler réellement ». Chez elle il y a une dissociation nette de la personnalité du dédoublement. Il s'agite dans son esprit un « mélange » d'idées contradictoires qui l'empêche de conclure à quoi que ce soit. Cette incertitude même rend impossible la production d'hallucinations. Il ne se produit pas en elle d'images assez vives ni assez durables pour qu'elles puissent être projetées au dehors. Au contraire, elle semble rapporter ses impressions extérieures à ce qui se passe en elle puisqu'il lui paraît qu'on lit dans sa pensée comme si tout ce qu'elle voit, tout ce qu'elle entend était la conséquence de ses réflexions. Pourtant nous avons vu que ses illusions et ses interprétations délirantes auraient pu être prises aussi pour des hallucinations.

Observation IV. — La nommée Marie-Anne Tauq..., vingt-neuf ans, entra à la Salpêtrière le 7 novembre 1888, service de M. Falret, dans un état de dépression mélancolique très accentué avec idées hypochondriaques spéciales.

Le début de la maladie actuelle remonte à deux ans et demi. Elle sentait comme une poupée en caoutchouc, monter et descendre en elle. Elle a été vingt-sept ans sans savoir qu'elle était double. Elle avait bien déjà la « France » en elle, mais sans le savoir. Elles furent enchaînées toutes deux, dit-elle, par deux vers solitaires qui les empêchait de remuer.

Elle n'a su qu'elle était double que quand elle a senti la petite Marianne remuer en elle, surtout dans l'estomac. Son corps était creux et la petite Marianne se promenait dedans. Elle venait de sa bouche sur sa langue pour chercher la nourriture.

« Quand on a des personnes en soi on subit l'impression de ces personnes sans le savoir, on s'ennuie. »

Par moments, quand elle était au couvent, la petite Marianne, en se remuant, la jetait du haut en bas de son lit. Elle ne savait pas encore que Marianne était en elle.

Aujourd'hui, quand la petite Marianne souffre en elle, elle prédit à ses ennemis leur sort futur. Elle devient méchante. La petite Marianne va toujours du côté droit. La France était du côté gauche.

Voix intérieure. — Elle a eu des hallucinations psychomotrices très nettes. Il était question de lui faire une opération à la jambe. Alors elle a entendu comme une petite voix. La France disait en elle : Ce sera moi qui souffrirai et pas toi. *Il lui semblait que quelque chose d'elle parlait.*

Sa mère était, dit-elle, possédée du démon, mais elle-même ne l'est pas.

Les hallucinations qui sont signalées sur certains certificats concernant cette malade, nous semblent ne pas être autre chose que ces *voix intérieures* que la malade désigne d'une façon si bizarre. Car elle a toujours dit qu'elle n'avait jamais entendu d'autres voix, venant de l'extérieur frapper son oreille.

Observation V. — Jeanne-Marie Cresp..., âgée de quarante ans, née à Alcigné (Ille-et-Vilaine), entra à la Salpêtrière, fin 1889, service de M. Falret, avec un certificat de dépression mélancolique signé de M. Magnan. Elle présente ensuite dans le service de M. Falret des alternatives, d'*anxiété* et de dépression.

Elle avait eu un premier *accès de mélancolie en* 1885 et fut placée à Vaucluse. La cause de cet accès semble avoir été la perte de la fortune de son amant. Elle s'imaginait qu'elle était enceinte et d'un autre que son amant. Des gens voulaient lui faire du mal. Elle croyait que tout le monde parlait d'elle, sans pouvoir désigner qui. On la méprisait. Elle resta trois mois à Vaucluse et en sortit sans idées délirantes.

Le *deuxième accès* a débuté en octobre 1889. Se sentant malade, fatiguée, elle demanda à son atelier une permission de quinze jours et s'alita. Elle était toujours aussi très jalouse de son amant. Elle ne pouvait plus rien faire, ni travail à l'aiguille, ni commissions, ni même sa cuisine. Elle se reprit à délirer : on doit la mépriser ; ses voisins parlent d'elle en arrière.

Elle avait de l'insomnie.

Pas d'idées d'empoisonnement.

Pas d'auto-accusation.

Interrogée dans le service, elle présente une certaine anxiété, du tremblement des mains, surtout à gauche.

Elle ne sait pas où elle est ni ce qui lui est arrivée. Elle a été malade et va mieux.

Voix intérieures. — Elle dit entendre des voix (mais des voix bien spéciales) qui lui disent qu'il faut mourir, qu'on va la tuer. Ces voix sont très loin, elles ne ressemblent ni à la voix d'une personne parlant haut ni à une personne parlant bas à l'oreille : *Elles partent de dessous le sein gauche.* Cela remonte, elle ne sait d'où, et elle comprend des voix, dit-elle. D'ailleurs, elle saisit mal ce qu'elles disent.

Antécédents personnels. — « *Etant toute petite*, dit-elle, j'ai su souffrir par jalousie. »

Vers 1875, on note une maladie d'épuisement, après avoir soigné un ami.

Elle était très nerveuse sans jamais avoir eu d'attaques. Elle se mettait en colère pour peu de chose ; elle était vive et laborieuse. Aimait à se disputer. Froid aux pieds, maux de tête, mal réglée.

Elle était orgueilleuse, aimant la discussion et s'occupant toujours de ce qu'on disait d'elle. Elle avait de l'initiative, et voulait qu'on lui obéisse.

Antécédents héréditaires. — Son père était maniaque. Sa mère avait une maladie de cœur. Elle fut élevée chez sa grand'mère. Un oncle paternel a eu la tête dérangée. Une tante aliénée et enfermée.

1891. 19 *novembre.* — Elle présente une certaine incertitude inquiète dans le regard. Elle parle vite, avec *volubilité*, en articulant à peine. Elle porte un paquet de croûtes de pain, soi-disant pour manger dans le cas où elle aurait faim dans la journée. Voici le résumé de sa conversation. Elle ne se rappelle pas la date même approximative de son entrée, ni l'année où nous sommes. Elle s'appelle Cresp... ne pas confondre avec Crép... Il y a bien des personnes qui prennent de faux noms. Il y en a bien aussi qui sous prétexte de faire du bien font du mal. Elle est ici prisonnière d'État et de guerre, ce n'est prisonnière d'hier ni prisonnière d'Hyères. Elle a été commencée (conçue en 1848), mais elle n'est née qu'en 1849. Il faut passer par où elle a passé pour savoir ce que c'est que la souffrance, Quand on lui demande si elle a eu des chagrins, elle répond : « Mourir d'amour ! Il y a bien des façons de mourir d'amour. Faire vivre quelqu'un par caractère, c'est le faire mourir à petit feu. On peut faire des canailleries en aimant. » Quant à elle, elle ne sait pas aimer.

Elle vivait avec le fils du notaire. On disait qu'elle était sa maîtresse ; mais elle n'a jamais été maîtresse, toujours domestique.

Un médecin lui a dit qu'elle était poitrinaire. Toute sa vie pourtant elle s'est bien portée tout en souffrant. « *Je souffre pour rien*, dit-elle ; c'est-à-dire pour tous. Je ne sais pas ce qui se passe et je n'ignore pas ce qui se passe. *Qu'est-ce qui n'a pas vu ma pensée?* Vous ne savez pas ce que j'ai enduré. Je suis un chiffon, une putain, une crapule, une canaille. *Je n'avais pas su comprendre* mon nom. Je suis Mademoiselle Sans-Gêne. J'ai du poil au cul. Je ne changerai pas mes idées. Parce que Monsieur a des connaissances, je n'aurais pas le droit de discuter. Je ne suis pas une femme, je suis une demoiselle. Ne m'appelez pas bonne dame, j'ai toujours fait le mal, je ne vaux sept fois rien. C'est à tort pourtant qu'on me prend pour une folle. » Pendant qu'elle expliquait comment elle avait fait écrire par son amant au contremaître à l'atelier pour lui expliquer son absence, elle dit « a parte » après avoir prononcé le nom de son amant : « Ce n'est pas la peine de cacher

les choses, » puis s'adressant à nous : « Ce n'est pas à vous que je parle ; est-ce qu'on peut cacher ça, » en montrant sa poitrine. Elle semble avoir répondu à ce moment à une voix qui lui aurait reproché d'avoir parlé de son amant, et en frappant sa poitrine, elle semblait indiquer que la voix partait de là.

On voit que Jeanne-Marie Cresp... tourne vers la démence tout en conservant des traces très nettes de son délire. Elle dit très bien qu'autrefois elle avait des voix intérieures, parlant en elle, mais que cela venait de sa faiblesse,

« Vous rappelez-vous si vous entendiez des voix autrefois par l'oreille, lui demande-t-on. » — « Je vous dirai oui que je mentirais, » répond-elle. Mais il y a dans ce bavardage diffus de l'incohérence, des contradictions. Il y a dissociation des facultés et démence. Elle répète souvent les mêmes phrases en les retournant.

Le fait le plus intéressant de cette observation est l'existence des voix intérieures auxquelles la malade donne bien le nom de voix en leur assignant une origine absolument intérieure. Mais il faut l'interroger avec soin pour obtenir cet aveu d'elle-même. Aussi l'on comprend que sur plusieurs certificats on lui ait attribué des hallucinations de l'ouïe. Aux yeux de son entourage elle passe aussi pour avoir eu des hallucinations de la vue. Mais voici le fait.

Lors de son premier accès, elle se lève un matin à 5 heures, se croyant poursuivie, persuadée qu'il y avait quelqu'un à la porte et voulant se jeter par la fenêtre. Elle tenait le bouton de la porte et semblait écouter. Or, son amant nous dit qu'une fois guérie de son accès, elle se souvenait de tout ce qui s'était passé et reconnaissait qu'elle n'avait eu *que des idées imaginaires*. Elle n'avait rien vu, ni entendu. Ainsi la malade guérie momentanément disait d'une façon très précise qu'elle n'avait pas eu de visions, ni de voix par l'oreille.

Nous croyons devoir insister sur ce détail parce que dans les observations de stupeur que rapporte Baillarger en les rattachant à la mélancolie, les malades qui avaient eu de véritables hallucinations se rappelaient, une fois sortis de leur état de rêve, les visions qu'ils avaient eues pendant leur maladie. Or, chez notre malade rien de semblable. Ses craintes ont pu faire croire qu'elle était hallucinée mais elle n'a eu que des craintes peut-être exagérées par des illusions. C'était une anxiété dont la cause était en elle-même, c'était des « imaginations », comme elle le disait. Mais elle reconnaissait n'avoir rien vu, ni entendu qui expliquât son inquiétude.

Observation VI. — La nommée Victoire Lam..., veuve Pasq..., femme de ménage, âgée de quarante-sept ans, service de M. Falret. Entrée à la Salpêtrière le 20 mars 1888 avec le diagnostic : Délire mélancolique.

Voix intérieures. — Elle entend des voix depuis un mois. Il y a deux *voix qui causent* ensemble. Cela n'est pas agréable de les entendre, dit-elle, *parce qu'il faut qu'elle parle.* Ces deux *voix se disputent ensemble*, mais c'est pour son bien. L'une est celle du « bon », l'autre celle du « méchant ». Ils disent qu'*ils sont dans son cœur* et qu'il faut qu'ils la soignent. Ils répètent tout le temps la même chose et la force à répéter ce qu'elles disent avec *sa bouche ou sa pensée.* Le méchant dit qu'on va la tuer, la mettre à la cave, lui tirer les pieds, lui tirer l'âme. Le bon dit de bonnes et mauvaises choses; cela change. Une voix lui a dit : Fais attention qu'on ne t'empoisonne pas.

Ces voix intérieures se répercutent parfois jusque dans l'oreille, et alors c'est, dit-elle, comme une voix « Pincharde ». Mais elles sont toujours en elle.

Etat anxieux; affaiblissement intellectuel. Crachotement. Elle sera perdue si elle crache dans son crachoir.

Tout ce qu'elle fait est mal fait. C'est une gémisseuse perpétuelle.

Ainsi cette mélancolique qu'on peut ranger parmi les anxieuses présente avec des hallucinations psycho-motrices du dédoublement de la personnalité. Elle offre aussi un phénomène très curieux, c'est d'entendre ses voix intérieures en même temps par l'oreille. Sans insister sur le néologisme dont la malade se sert pour désigner cette manifestation particulière de ses voix, nous ferons remarquer qu'il est une preuve de plus que ces voix ne ressemblent nullement aux paroles humaines ordinaires. Si elles étaient comparables au langage habituel, elle n'inventerait pas de mot pour les caractériser. D'ailleurs, elle dit bien qu'elles sont surtout dans son cœur. Si le centre auditif est excité chez elle ce n'est que secondairement et par l'intermédiaire du centre moteur d'articulation où se produit primitivement l'hallucination.

Il n'est pas rare d'ailleurs de voir les hallucinations verbales motrices s'accompagner d'une sensation auditive spéciale que les malades distinguent nettement de celles que produisent les voix extérieures[1]. Mais le phénomène auditif surajouté est bien fait pour tromper et le malade et le mé-

[1] J. Séglas, *loc. cit.*

decin sur le point de départ réel de l'hallucination. Quant à la voix qui lui disait : « fais attention qu'on ne t'empoisonne pas », il est à présumer que c'est bien une voix intérieure puisqu'elle est tout à fait en rapport avec le sujet de sa conversation mentale. Cette malade a été considérée comme ayant des hallucinations de l'ouïe, de la vue et du goût. Nous avons vu ce qu'étaient ses voix. Nous pensons que les hallucinations de la vue et de l'ouïe n'étaient que des illusions ou des interprétations délirantes, car elle n'a jamais accusé à l'interrogatoire à ce sujet aucune sensation précise. (*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

VII. LE MYXŒDÈME ET SA FOLIE ; par J. Cumming MACKENZIE. (*The Journal of mental Science*, juillet 1889.)

Le myxœdème est de description récente et il n'est encore qu'imparfaitement connu ; c'est pourquoi l'auteur a pensé qu'il y aurait quelque intérêt à donner de ce cas la relation détaillée que nous résumons ici :

Femme de quarante ans, mariée, entrée à l'asile en juin 1884. Pas d'hérédité névropathique. Elle a eu plusieurs enfants ; en 1884, après avoir nourri le dernier elle a eu une crise d'agitation, et a été placée dans une maison de santé particulière d'où elle est sortie au bout de trois mois ; mais l'agitation survenue et ses bizarreries ont nécessité l'internement actuel. — Diagnostic : mélancolie avec agitation. — Son état mental, après des hauts et des bas sans grande importance s'aggrave en novembre. En janvier elle augmente de poids, et cependant sa faiblesse augmente et les troubles mentaux restent très accusés. — En avril la peau est froide et sèche, lisse à la face, mais dure et d'une teinte sale sur le reste du corps. Les ailes du nez, les lèvres et les paupières sont épaissies : à la paume des mains la peau est épaissie, sèche, mais lisse. — Un peu d'œdème péri-malléolaire. — Les gencives sont atrophiées et pâles. La langue est pâle, charnue, comme bouillie. — Mastication

imparfaite; déglutition difficile surtout pour les liquides, qui ressortent facilement par le nez. Pas de vomissements; pas de constipation. — Matité splénique. Pas de dilatation de l'estomac. — Les lymphatiques superficiels ne sont pas apparents. Il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires. Par moments, douleur à la région précordiale; palpitations à la moindre fatigue. Syncopes avant l'entrée à l'asile, mais qui ne se sont pas reproduites depuis. Pas de pouls carotidien. — Jugulaires bleues et saillantes. L'appareil respiratoire est à peu près sain : la malade se plaint que son nez grossit et qu'il lui faut un effort pour parler au laryngoscope, les piliers sont presque réunis par une bandelette rose et mince, et à gauche par un tissu strié qui ressemble à du tissu cicatriciel. Cordes vocales épaissies, de couleur gris rougeâtre. Le larynx dans son ensemble est d'un rose pâle et sale ; l'épiglotte est d'un gris sale. — Le thorax tout entier concourt à l'effort respiratoire. — Pas d'éruption à la peau, qui est sèche et rude, avec de minces écailles, surtout à l'abdomen et au-dessous des genoux et des fissures aux talons et aux bords externes des pieds. — L'urine ne présente rien de particulier. — Pas de céphalalgie, de névralgies, d'engourdissement ou de fourmillements; en somme aucune altération sensorielle sauf la sensation d'eau froide le long de la colonne vertébrale. — Conservation parfaite du sens de la pression de la température et du point sur lequel s'exercent ces actions. — Le sens musculaire est moyennement développé et exact. La vue est bonne, la perception des couleurs est correcte. — Pupilles un peu dilatées, pas toujours égales, réagissant bien. Le fond de l'œil est d'un rose sale. — L'ouïe, le goût, l'odorat sont normaux. Les mouvements volontaires sont faibles, mais nullement entravés. L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles est normale. Les réflexes plantaire et scapulaire sont les seuls réflexes superficiels que l'on puisse provoquer. Ils paraissent normaux, mais les autres ne se produisent pas sous l'influence du stimulus habituelle. On provoque facilement le réflexe du genou, qui paraît normal. La coordination musculaire générale est normale. Pas d'incurvation spinale, pas de sensibilité à la pression sauf au niveau des dernières lombaires. Etat normal des articulations et du système musculaire : mais grande sensation de fatigue, et facilité à se fatiguer.

Au point de vue mental, on pourrait réunir les symptômes en trois groupes, qui paraissent se succéder périodiquement : 1° Etat soupçonneux et agressif, avec inactivité; — 2° Vanité, contentement de soi, — rappelant la paralysie générale; — 3° Etat de stupeur et d'effarement, avec un peu d'activité. Toutefois ce qui paraît être le substratum de ces diverses phases c'est l'affaiblissement intellectuel et l'hébétude mentale.

Enfin il est intéressant de remarquer que la malade a eu la syphilis, et cela au moment de l'apparition des premiers troubles intellectuels.

Au point de vue de l'état d'anémie de la malade, il faut signaler non seulement l'augmentation des leucocytes, mais la diminution de l'hémoglobine qui est proportionnellement bien plus accusée que la diminution des globules rouges. — La lenteur des réponses paraît due à l'hébétude mentale plutôt qu'au retard des sensations.

La température est un peu au-dessous de la normale.

La mémoire est bonne, mais lente, comme toutes les autres fonctions cérébrales. R. M. C.

VIII. Une observation d'état convulsif ou d'état épileptique; par Harrington Sainsburg. (*The Journal of mental Science*, octobre 1889).

Discussion intéressante d'un cas dans lequel la véritable nature des accidents convulsifs n'a pu, malgré l'autopsie, être déterminé avec précision. R. M. C.

IX. Note sur une atrophie du nerf optique qui précède les symptômes mentaux de la paralysie générale des aliénés; par Joseph Wiglesworth. (*The Journal of mental Science*, octobre 1889.)

D'après les faits qu'il a pu observer l'auteur conclut que lorsqu'on se trouve en présence d'une atrophie primitive du nerf optique, sans cause appréciable, et qu'à cette lésion se joignent des symptômes mentaux plus ou moins obscurs, il y a probabilité de paralysie générale. Il y a une autre maladie à la vérité dont le début ou l'imminence peuvent devenir une cause d'erreur, c'est l'ataxie locomotrice; mais dans cette dernière, les troubles intellectuels sont ordinairement tout à fait caractéristiques. Il y a lieu de remarquer d'ailleurs que la paralysie générale et l'axie locomotrice sont assez communément associées. R. M. C.

X. Une observation de maladie de Raynaud, consécutive a la manie aiguë; recueillie par Mathan Raw, dans le service de W.-C. Bland. (*The Journal of mental Science*, octobre 1889.)

Dans le cas dont il s'agit, l'asphyxie locale des extrémités a été consécutive à une attaque grave de manie aiguë; le froid en avait été la cause locale déterminante; l'existence concomitante d'une hématurie paroxystique, d'un trouble de la vision et de fortes dou-

leurs lombaires conduit à penser que la maladie reconnaissait pour cause une lésion nerveuse centrale. L'état général du malade s'est amélioré. R. M. C.

XI. Sur la difficulté d'établir un diagnostic précis chez les aliénés ; par Nathan Raw. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1889.)

Il s'agit d'un cas d'étranglement intestinal méconnu pendant la vie, chez une femme atteinte de manie chronique et de démence complète. Les seuls symptômes observés avaient été des vomissements, mais ceux-ci avaient pu légitimement être rattachés à une autre cause; la malade en effet souffrait depuis quelque temps d'un état cachectique déterminé par un cancer du sein avec engorgement des ganglions axillaires. R. M. C.

XII. Le cas de Walter Taynton, accusé du meurtre de sa sœur; par Geo. H. Savage. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1889.)

Le crime commis par ce jeune garcon de quinze ans sur la personne de sa sœur âgée de dix ans, sans provocation ou du moins sans provocation suffisante (elle s'était peut-être un peu moquée de son frère) a embarrassé à la fois les médecins experts et les magistrats. Il n'y avait chez l'accusé d'autres antécédents héréditaires que la folie d'un grand-oncle du côté paternel. D'autre part, le jeune garçon était assez ordinaire à tous égards, seulement un peu sournois, aimant la solitude (on n'a pas découvert chez lui d'habitude de masturbation); il lisait beaucoup, sans toutefois rien retenir de ce qu'il avait lu, et il avait été impossible de lui apprendre les premiers éléments de l'arithmétique. Il a brisé le crâne de sa petite sœur à coups de marteau, après quoi il est sorti, a lavé son gilet, parce qu'il était souillé de sang, et est rentré parce qu'il pleuvait. Pas une seule fois, ni immédiatement après le crime, ni plus tard pendant les interrogatoires judiciaires ou les examens médicaux, il n'a paru se rendre compte du caractère criminel de l'acte qu'il avait commis. Il a été condamné à dix ans de servitude pénale. L'auteur estime qu'on aurait mieux fait de l'interner dans un asile, — et il a probablement raison. R. M. C.

XIII. Etude sur la stupeur; par James K. Whitwell. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1889.)

Nous devons nous borner à indiquer ici cet intéressant travail, qui comprend beaucoup plus de choses que ne l'indique son titre, et que l'analyse ne saurait suivre d'assez près pour en donner une idée satisfaisante. R. M. C.

XIV. Sur l'étude des conditions de développement et de l'activité cérébrale chez les enfants; par Francis Warner. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1889.)

L'auteur s'est proposé dans ce court travail de montrer l'importance qu'il y aurait à mieux connaître les conditions de développement des enfants, ainsi que leur puissance cérébrale tant physique que mentale, et l'avantage qu'il y aurait à répandre parmi ceux qui ont pour mission d'instruire la jeunesse, la connaissance des méthodes scientifiques d'enseignement et d'étude. R. M. C.

XV. Tentative de suicide; par Urquhart. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1889.)

Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, ayant dans sa famille des antécédents névropathiques, qui entra volontairement à l'asile en présentant les signes du délire de la persécution : on ne lui connaissait à son entrée et on ne constata chez lui durant son séjour aucune tendance au suicide. Profitant un soir d'un relâchement de surveillance que son calme rendait légitime, il se fit, à l'aide d'un instrument tranchant, cinq blessures plus ou moins profondes, mais dont aucune n'était mortelle. Il mourut quelques jours après et l'autopsie démontra qu'il avait succombé à une pneumonie. On apprit seulement alors qu'il avait, avant son entrée à l'asile, manifesté l'intention de se suicider. R. M. C.

XVI. Discours présidentiel prononcé a la réunion annuelle de l'Association médico-psychologique, le 25 juillet 1889 ; par H. Hayes Newington. (*The Journal of Mental Science*, octobre, 1889.)

Comme la plupart des harangues analogues, ce discours échappe à l'analyse par la multiplicité des sujets auxquels il touche et des questions de détail qu'il aborde, et dont la plupart se rapportent à l'hospitalisation des cas récents et curables d'aliénation mentale.

R. M. C,

XVII. Cas de folie associée a des états pathologiques intéressants; par James Rorie. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1889.)

Dans le premier cas, il s'agissait d'un aliéné chez lequel on avait reconnu une lésion valvulaire du cœur, mais chez lequel on n'avait découvert aucun signe d'anévrysmes, et qui avait seulement eu plusieurs syncopes; la dernière de ces syncopes fut suivie de mort, et l'autopsie révéla un anévrysme disséquant de l'aorte thoracique et abdominale.

Le second cas était celui d'un malade atteint de manie aiguë qui

ne tarda pas à devenir chronique : il succomba à une carie des vertèbres cervicales avec méningo-myélite consécutive. R. M. C.

XVIII. Sur un cas de manie aigue avec gangrène symétrique des orteils (*maladie de Raynaud*) ; par J. Macpherson. (*The Journal of Mental Science*, avril 1889.)

Chez ce malade, atteint de manie aiguë, la gangrène symétrique des extrémités a présenté très exactement le tableau clinique décrit jadis par Maurice Raynaud ; il est à remarquer toutefois que la douleur, qui est un des symptômes à peu près constants de la maladie, a fait totalement défaut. Les modifications de l'état mental (substitution d'un calme relatif accompagné d'un léger degré de stupeur à l'agitation des jours précédents) sont intéressantes à noter pour l'aliéniste ; ces modifications d'ailleurs ne sont pas rares, et elles ont été déjà signalées ; Raynaud avait lui-même insisté sur les modifications mentales que l'on observe en pareil cas, et avait indiqué les rapports de cette affection avec les états névropathiques en général. R. M. C.

XIX. Cinquante ans a l'asile de Bethlem : observation de « *Mo* » ; par R. Percy-Smith. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1889.)

Observation curieuse d'un homme qui, après avoir passé dix ans dans divers asiles et cinquante ans à l'asile de Bethlem, est mort dans ce dernier établissement à l'âge de quatre-vingt-deux ans. Ce malade s'était acquis une certaine notoriété en 1838, en arrêtant à Hyde-Park le cheval de la reine Victoria, qui venait de monter sur le trône, et en proposant à la jeune souveraine de l'épouser pour régénérer l'Angleterre. R. M. C.

XX. Un cas de stupeur mentale ou de démence aigue post-fébrile ; par John Turner. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1888.)

Ce cas est celui d'un jeune garçon de seize ans, né de parents aliénés, ou du moins ayant été tous deux internés dans un asile (ils s'étaient mariés à leur sortie) qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a présenté des signes de stupeur ou de démence aiguë : il a été admis à son tour à l'asile, où il a promptement succombé. L'auteur n'ignore pas que la valeur du mot « démence aiguë » est très contestée, aussi bien en Angleterre qu'à l'étranger ; il ne saurait toutefois, pour désigner l'état de son malade, se contenter du terme « stupeur » que l'on a proposé, ce terme lui paraissant insuffisant lorsque le cerveau présente des altérations organiques. Or, ici, la stupeur n'a été que l'un des symptômes observés, et à l'autopsie, on a constaté les lésions suivantes : 1° adhérence de la pie-mère à la

couche corticale, au niveau de la région frontale gauche et de la région motrice du même côté ; 2° épaississement des parois de quelques-uns des petits vaisseaux corticaux ; 3° présence de granulations à la surface des tubercules quadrijumeaux. — Ces lésions accompagnent communément les diverses formes de démence, quelle qu'en soit l'origine. R. M. C.

XXI. Observation d'un cas de folie a deux chez cinq membres d'une même famille ; par Oscar-T. Woods. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1889.)

Il s'agit d'une famille de dix personnes ainsi composée au point de vue névropathique : le père, la mère et six enfants étaient aliénés ou idiots ; les deux seuls membres qui aient échappé à l'aliénation sont, à l'heure actuelle, âgés de moins de douze ans : la mère et les quatre aînés des enfants sont internés à l'asile pour avoir assassiné le cinquième enfant qui était idiot et épileptique : ils ont commis ce crime parce que cet enfant « était une fée et une mauvaise fée », après le crime ils sont « allés au ciel » ; les uns et les autres ont trouvé ce crime tout naturel, l'ont commis ou regardé commettre froidement sous l'influence de la même idée délirante et sont également et respectivement convaincus d'avoir réalisé leur voyage au ciel. — Le père, qui paraît surtout faible d'esprit, et qui est demeuré calme, a été laissé en liberté (il n'avait pas pris part à l'assassinat) ; lorsqu'on l'interroge, il demeure à peu près silencieux et répond seulement qu'il vaut mieux s'adresser à sa femme et à ses enfants, qui sont plus savants que lui puisqu'ils ont été au ciel. A l'asile, quatre de ces aliénés se sont calmés peu de temps après leur internement ; la fille aînée reste seule agitée ; mais les convictions délirantes persistent chez tous à un degré plus ou moins accusé. — C'est là un curieux et assez rare exemple de folie communiquée ou de folie collective : notons en passant que l'auteur aurait pu préférer l'un de ces deux termes à celui de « folie à deux », qu'il a employé, puisqu'il s'agit de cinq personnes. R. M. C.

XXII. Notes sur l'urine et la température dans la paralysie générale des aliénés ; par John Turner. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1889.)

Ce travail, accompagné de tableaux, porte sur un nombre assez considérable de cas ; ce nombre, toutefois, n'est pas assez grand pour que l'auteur ait la prétention de tirer de ses recherches des conclusions générales.

La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures par les malades observés a été un peu supérieure à la normale ; on n'a

trouvé d'albumine que dans un très petit nombre de cas, et même alors, en très faible quantité.

Sur quarante analyses, la quantité d'acide phosphorique éliminée n'est descendue que deux fois au-dessous de la normale. — Les phosphates alcalins sont éliminés en quantité à peu près normale ; il n'en est pas de même des phosphates terreux dont la proportion reste au-dessous de la normale.

Il a été fait 65 dosages de l'urée, dont 14 à la première période, 42 à la seconde période, et 9 à la troisième période de la paralysie générale. Chez 8 sur 10 des malades à la première période, l'urée n'atteignait pas la limite inférieure normale qui est de 30 grammes : il en a été de même chez 10 sur 14 des malades à la seconde période, et chez 4 sur 6 des malades à la troisième période.

— C'est un fait généralement reconnu que dans la paralysie générale, indépendamment de toute complication inflammatoire, il existe généralement une élévation de la température ; mais, en admettant que ce soit là une règle, elle comporte d'assez nombreuses exceptions. — L'auteur a constaté que, dans la première période, la température rectale était à peu près normale. Dans les deux périodes suivantes, elle n'est pas seulement plus élevée, elle est en outre instable et susceptible d'être modifiée par les circonstances les plus insignifiantes.

L'auteur recherche et discute les causes de cette instabilité, et termine en disant qu'il est, non pas prouvé, mais vraisemblable que les bizarreries de la température, dans la paralysie générale, reconnaissent pour cause la dissolution des centres nerveux supérieurs, dissolution qui atteint un mécanisme régulateur dont la perturbation rompt l'équilibre thermique, sans toutefois augmenter la somme de chaleur ; il ajoute que cette interprétation est plus satisfaisante que celle qui invoque un état inflammatoire chronique. R. M. C.

XXIII. Un cas de corps étranger de l'œsophage ; par E. Maziere Courtenay. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1889.)

Ce cas est intéressant à plusieurs titres : 1° il montre la facilité avec laquelle on peut être trompé et se tromper lorsque l'on a affaire à des hypocondriaques ; en effet, lorsqu'un incident extraordinaire survient, on est toujours tenté d'attribuer à leur imagination délirante le récit qu'ils en font ; 2° il est remarquable par ce fait que, durant toute une année, la malade a vu sa santé s'améliorer, a engraissé et a vu disparaître toute difficulté de la déglutition, alors qu'elle portait un corps étranger à la partie supérieure de l'œsophage ; 3° il est remarquable aussi par la situation qu'occupait le corps étranger ; on ne conçoit guère, en effet, comment un corps lisse et arrondi comme une châtaigne a pu s'arrêter et se

fixer dans la situation qu'il occupait; 4° il est remarquable, enfin, par l'état de conservation de la châtaigne; en effet, bien que les vertèbres eussent été érodées au point d'être dépouillées de leur périoste, on ne constatait aucun signe de décomposition, ni d'une action chimique quelconque sur l'écorce de la châtaigne, bien qu'elle eût été fatalement soumise à l'action de la salive et des liquides de l'estomac. R. M. C.

XXIV. Un cas d'embarras de la parole; par Harrington Sainsburj. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1889.)

Courte, mais intéressante étude d'une forme un peu spéciale d'aphasie (peut-être serait-il plus juste de dire de dysphasie). — Le trouble du langage, reposant ici surtout sur des perversions de prononciation, ne peut pas être expliqué dans une autre langue que celle que parlait l'enfant. R. M. C.

XXV. Un cas de chorée associée a la folie; par George P. Cope. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1888.)

L'auteur relate longuement l'observation d'un cas de folie chez un jeune homme de dix-neuf ans atteint de chorée; les points les plus intéressants à retenir dans cette observation sont les suivants : la chorée était unilatérale gauche, tandis que, dans la plupart des observations similaires qui ont été publiées, elle est générale; les antécédents du malade ne révélaient l'existence d'aucune tare rhumatismale ou névropathique; l'accès de manie aiguë, associé à la chorée, a été très intense; la guérison a été rapide; elle a coïncidé avec l'emploi de l'alimentation artificielle; enfin, l'auteur attribue l'accès de manie et la chorée à l'état de débilité générale et d'anémie du sujet, doublement affaibli par l'habitude invétérée de la masturbation et par l'insuffisance de son alimentation. R. M. C.

XXVI. Quelques cas de maladies du cerveau chez les imbéciles; par Fletcher Beach. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1889.)

Ce travail repose sur six observations recueillies et relatées avec soin, dont l'analyse ne donnerait qu'une idée insuffisante, mais dont la lecture, jointe à celle des réflexions qui les accompagnent, ne manque pas d'intérêt. R. M. C.

XXVII. L'Asile des aliénés au Caire en 1888; par F.-M. Sandwith. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1889.)

Ce travail donne des renseignements sur le fonctionnement et le personnel de l'asile des aliénés du Caire, ainsi que sur les prin-

cipales maladies mentales qui y sont traitées et les divers personnages qui y ont été admis ; il est précédé d'une étude historique intéressante sur les vicissitudes par lesquelles cet établissement a passé depuis sa création jusqu'à l'époque actuelle. R. M. C.

XXVIII. De la folie consécutive aux opérations chirurgicales ; par C.-T. Dent. (*The Journal of Mental science*, avril 1889.)

L'auteur pense que la folie consécutive aux opérations chirurgicales, bien que certainement rare, est peut-être plus fréquente qu'on ne l'admet communément : il n'y a pas de raison en effet pour qu'une opération n'agisse pas à la manière de tout autre trouble physique ; or l'intervention chirurgicale agit au point de vue physique de trois manières : 1° par anticipation ; 2° par l'opération en elle-même ; 3° par ses effets consécutifs. Enfin il existe un dernier facteur, encore plus important, des troubles physiques, c'est la réaction mentale, trop souvent méconnue ou passée sous silence. La raison de cette omission est simple ; c'est que souvent,— et c'est là le point sur lequel l'auteur insiste et qu'il se propose de démontrer, — les troubles intellectuels ne se manifestent pas immédiatement après l'opération, mais seulement au bout d'un temps plus ou moins long. Ainsi, dans l'un des cas rapportés, chez une dame qui avait subi deux opérations assez graves, les troubles mentaux ne firent leur apparition qu'au bout de deux mois. Chez un enfant de dix ans auquel on avait pratiqué la résection du genou, ils ne se montrèrent qu'après une semaine, sous la forme d'un accès subaigu de manie, avec mélancolie et hallucinations. Chez une femme affaiblie, après une amputation de cuisse, motivée par un épithélioma de la jambe, ils n'apparurent que le onzième jour et aboutirent à la démence sénile (la malade était âgée de soixante-cinq ans). L'auteur rapporte plusieurs autres cas analogues, tout en reconnaissant que leur nombre est trop restreint pour qu'il se croie autorisé à en tirer des conclusions générales. Il fait remarquer toutefois que dans les cas rapportés, l'hérédité ne pouvait être mise en cause. Mais dans les opérations pratiquées sur l'appareil génital, par exemple, que l'on suspecte d'être plus favorables que les autres à la production de la folie, il y aurait lieu de tenir rigoureusement compte de l'état mental antérieur à l'opération. — On peut accuser, — et on a accusé, — l'anesthésie de jouer un rôle dans l'apparition des troubles intellectuels ; elle ne saurait cependant être mise en cause, lorsque, comme dans les cas cités par l'auteur, cette apparition ne se produit que tardivement. On a aussi accusé l'iodoforme, la morphine, etc. N'est-il pas plus naturel et plus logique de chercher moins loin et d'incriminer l'opération elle-même. Un point important à noter, c'est que le pronostic — au point de vue de la vie — est sensiblement plus grave lorsque la

manie consécutive à l'opération revêt la forme aiguë, que lorsqu'elle prend la forme chronique. — L'auteur souhaite en terminant que de nouvelles observations de folie post-opératoire soient recueillies avec soin, et puissent servir de base à des conclusions plus précises que celles qu'il a pu tirer du petit nombre de cas observés par lui. R. M. C.

XXIX. Sur une forme rare d'affection mentale (*Grübelsucht*) ; par Conolly Norman. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1888.)

Il s'agit d'une affection que Griesinger a le premier décrite dans les *Archives de Psychiatrie* de 1868 et dont l'auteur rapporte avec soin et avec détail une observation intéressante. Ce trouble mental a été considéré par quelques auteurs français comme une des formes de la folie du doute ; elle s'en distingue pourtant par quelques caractères importants ; elle a en effet pour trait principal une véritable obsession mentale, qui se traduit par la manie de questionner et d'interroger sur toutes choses ; en même temps, on remarque que les malades qui en sont atteints posent habituellement des questions qui n'ont aucun caractère pratique et que les réponses qui leur sont faites conformément à l'étiologie commune et couramment admise des faits les plus ordinaires ne les satisfont aucunement ; dans l'observation rapportée, toutefois, les interrogations du malade avaient un caractère plus pratique et mieux fondé, et l'auteur estime, probablement avec raison, que le caractère des questions posées se ressent notablement des habitudes et des acquisitions intellectuelles antérieures du sujet.

On pourra noter en passant que cette habitude de poser des questions sans souci de l'utilité ou de la difficulté de la réponse s'observe chez les jeunes enfants, en sorte que l'on pourrait à la rigueur voir dans ce trouble cérébral un phénomène de physiologie régressive des fonctions du cerveau.

Dans le cas rapporté, la maladie avait pris naissance à l'occasion d'une grossesse. R. M. C.

XXX. La dysmorphophobie et la taphéphobie dans leurs rapports avec les formes analogues de folie du doute (*Paranoia rudimentaire*) ; par le professeur E. Morselli. (*La Riforma medica*, 1891, n° 185.)

La dysmorphophobie est caractérisée par l'apparition subite et persistante de la crainte d'être devenu difforme, déterminant à sa suite une angoisse indicible. Assailli par ces craintes morbides, le malade recourt continuellement à son miroir, mesure les différentes parties de son corps, examine la direction de ses membres, leurs proportions, les taches de la peau. Et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, que la crise se termine et que le calme renaît,

lorsque la conviction d'être toujours bien conformé est désormais acquise pour l'individu.

La taphéphobie consiste dans la crainte subite et angoissante, revenant également par accès, de pouvoir être enterré vivant. Le doute est encore plus intense que dans l'autre cas, parce que le contrôle est impossible. Le malade n'a d'autre moyen de se rassurer que de régler minutieusement tous les détails de sa sépulture : d'où souvent une série de testaments d'un aspect tout particulier, et dont parfois le malade porte sur lui un exemplaire dans la prévision de mort accidentelle ou subite sur la voie publique.

Ainsi que le fait justement remarquer l'auteur, ce ne sont pas là des maladies spéciales, mais de simples variétés de folie du doute, devant prendre place dans le cadre des *idées obsédantes*, dont elles partagent tous les caractères. Notons à ce propos que l'auteur n'admet pas que ces troubles psychiques soient toujours et fatalement des stigmates de dégénérescence mentale. Cela est exact pour bien des cas ; mais il en est d'autres, plus bénins, dans lesquels ils peuvent être considérés comme justiciables d'un état de neurasthénie acquis. C'est à ceux-là qu'on pourrait appliquer la conception de la psychasténie aiguë de M. Bénédikt. J. SÉGLAS.

XXXI. LES ÉPILEPSIES PSYCHIQUES ; par OTTOLENGHI. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. I-II.)

L'auteur rapporte douze observations qu'il fait suivre de considérations générales que nous résumons brièvement. Tous ces malades présentent des caractères communs, anatomiques, fonctionnels, psychiques.

Les caractères anatomiques sont les différentes malformations de caractère dégénératif ; le plus particulier est dû à la présence de cicatrices résultant de chutes au cours des accès, de blessures dues à des luttes ou à des tentatives de suicide.

Parmi les caractères fonctionnels, citons des altérations variées de la sensibilité, la précocité du sens génésique, le développement exagéré de la force musculaire, certains troubles de la motilité (tremblement, blépharospasme), l'exagération des réflexes rotuliens, etc. — De plus, l'auteur a pu constater chez les malades qu'à l'état normal, l'élimination de l'urée était au minimum, et celle des phosphates un peu plus élevée, dans la journée de l'accès psychique au contraire, l'élimination de l'urée et de l'acide phosphorique atteignait un chiffre beaucoup plus élevé.

Les caractères psychiques consistent parfois dans la présence d'illusions ou d'hallucinations, surtout au début de l'accès. Mais ce sont les troubles de la conscience qui sont les plus importants, surtout au point de vue médico-légal. Telles sont ces absences de cons-

cience qui caractérisent l'état désigné sous le nom de « petit mal », et qui, par suite de leur peu de durée, peuvent passer inaperçues à un examen incomplet, ou être prises pour de la simulation. — L'équivalent psychique, le grand accès psychique est celui qui caractérise l'épilepsie psychique : il se manifeste surtout par des actes impulsifs, marqués d'une sorte d'empreinte de férocité, et dirigés soit contre autrui, soit contre les malades eux-mêmes. La violence extraordinaire de ces actes, l'amnésie plus ou moins complète qui les suit, le sommeil par lequel ils se terminent, l'absence de mobiles, ou la disproportion des effets et des causes en feront souvent reconnaître la nature. — « L'état crépusculaire » qui passe beaucoup plus souvent inaperçu peut être en quelque sorte interprété comme un état de petit mal, une série de petits accès psychiques. Il peut précéder le grand accès, le suivre ou être indépendant; il peut durer quelques heures, quelques jours, des mois, des années, et constituer alors une sorte d'état second. La conscience peut n'être pas totalement abolie, et l'on peut voir alors des individus commettre les crimes les plus variés avec l'apparence d'un homme sain. C'est alors que se rencontre cet automatisme ambulatoire, cette tendance à voyager qui sont presque caractéristiques. Cet état est souvent très difficile à distinguer de l'état somnambulique. Lorsqu'il dure un certain temps, il peut être conscient : c'est une sorte d'état second épileptique dans lequel l'individu a conscience de ce qu'il fait, s'en souvient, mais agit tout autrement qu'à l'état normal. — Le caractère de ces malades est semblable à celui des autres épileptiques (égoïsme, irritabilité imbécillité). — L'examen de la mémoire peut fournir des renseignements très précieux. On désigne ordinairement sous le nom d'amnésies l'oubli des faits qui se sont passés pendant l'état d'inconscience. En réalité, ce sont des pseudo-amnésies résultant de l'obnubilation plus ou moins complète de la conscience. Les actes inconscients ne peuvent évidemment être rappelés à la mémoire. Lorsqu'elles sont partielles, incomplètes, ces pseudo-amnésies pourraient faire croire à de la simulation. On rencontre encore chez ces épileptiques des amnésies tardives ou posthumes, souvent inaperçues et très importantes à connaître pour le médecin légiste. Il arrive alors ce que l'on observe souvent dans les rêves dont on se rappelle dans les premiers moments du réveil et qui sont plus tard totalement oubliés : un épileptique peut de même se rappeler ses actes immédiatement après l'accès et les oublier ensuite. D'autres fois la mémoire subsiste, mais très confuse et pouvant donner lieu à des contradictions au cours d'interrogatoires différents. — Il est bon de noter encore chez ces malades les tendances alcooliques, l'exagération fréquente des sentiments religieux, l'affaiblissement des sentiments affectifs, la perte du sens moral; cependant les actes criminels ne sont pas de règle chez les malades et ne se ren-

contrent que chez ceux qui présentent le plus accentués les caractères dégénératifs.

Le diagnostic de ces manifestations épileptiques doit se faire avec l'alcoolisme, qui peut provoquer la crise; mais l'attitude de l'individu après l'accès, et un examen attentif de son histoire pathologique, pourront mettre sur la trace de l'élément épileptique. Dans le cas de raptus mélancolique, outre les données générales fournies par l'état vésanique, les actes qui précèdent le raptus ne sont pas accomplis avec la tranquillité parfaite qui marque ceux qui précèdent l'accès d'épilepsie psychique. — D'un autre côté, il suffit que l'accès se répète, et qu'il y ait eu dans toute la vie de l'individu un seul phénomène épileptique pour exclure la possibilité d'un cas de manie transitoire. — Les états de somnambulismes, souvent difficiles à différencier, se distinguent surtout par l'absence de cette violence, de cette impétuosité presque de règle dans les actes des épileptiques. — Quant aux rapports de l'épilepsie psychique avec la criminalité, l'auteur trouve une similitude, une identité même entre ces désordres épileptiques et la délinquence congénitale.

Quant à la responsabilité de ces malades, elle n'est pas toujours facile à déterminer. A divers degrés de conscience devraient correspondre divers degrés de responsabilité. Mais en pratique, comment délimiter les divers degrés de conscience? En règle générale, un individu qui présente dans sa vie des accès d'épilepsie psychique, ou même des états d'inconscience très courts, même si l'on a à juger des actes accomplis dans l'état conscient, ne peut pas être considéré comme parfaitement sain et doit bénéficier d'une atténuation de la responsabilité. Il n'y a aucune difficulté dans la détermination de la responsabilité lorsqu'il s'agit d'actes commis durant un accès complet, pleinement inconscient, entraînant l'irresponsabilité totale. Pour les « états crépusculaires », et « l'état second épileptique », ils entraînent aussi l'irresponsabilité absolue. Dans les autres cas, la responsabilité doit être pour le moins notablement atténuée. J. SÉGLAS.

XXXII. ANALGÉSIE DANS LA FOLIE; par le Dr KENISTON. (*American journal of insanity*, octobre 1890.)

L'analgésie, comme symptôme transitoire ou permanent, peut se rencontrer souvent dans des cas d'aliénation mentale confirmée et peut même exister dès le début.

Elle peut être générale ou locale, circonscrite ou diffuse, uni ou bilatérale. En général, ses limites ne sont pas nettement définies et correspondent rarement à la distribution d'un nerf particulier.

L'analgésie étant un symptôme négatif qu'il faut rechercher, peut facilement être méconnue, en particulier chez les aliénés,

sujets de la part desquels on ne peut trouver que peu ou point d'aide.

La meilleure preuve de son existence consiste dans l'absence de contractions musculaires, de résistance, de spasmes et de signes de détresse, lorsqu'on irrite telle ou telle partie du corps avec les moyens ordinaires. Il est à noter que, dans certains cas, le passage du stimulus dans le cerveau est retardé et il est quelquefois nécessaire d'attendre depuis dix secondes jusqu'à une minute avant que l'on puisse positivement décider si le sens de la douleur fait défaut.

Un des exemples les plus fréquents d'analgésie chez les aliénés se rencontre dans ces cas de phthisie qui suivent leur cours sans douleur ni toux, souvent sans expectoration, avec peu ou point de dyspnée, l'émaciation et l'asthénie étant les seuls symptômes marqués. Il en est de même de certains cas de pleurésie, de pneumonie, de péritonite aiguë, de certaines fractures, luxations, etc., dans lesquels l'élément douleur peut faire défaut.

Il est difficile d'établir les relations exactes de l'analgésie avec chacune des variétés de maladies mentales : tout au moins peut-on dire qu'on la rencontre à titre transitoire chez les épileptiques au moment de la crise et un peu après ; elle est fréquente dans les dernières phases de la paralysie générale, et Spitzka cite un cas dans lequel une remarquable anesthésie du larynx existait plusieurs années avant la découverte de la paralysie générale ; chez les alcooliques, les anesthésies sont fréquentes ; on peut constater de l'anesthésie dans les différentes formes de folie chronique, ainsi que dans l'imbécillité et l'idiotisme : elle est relativement rare chez les déments.

Dans certains cas, l'anesthésie est évidemment liée à des lésions nerveuses périphériques ou centrales, mais dans la plupart des cas on peut la considérer comme une perversion de la sensibilité sans lésion nerveuse.

Le diagnostic de l'anesthésie n'est pas ordinairement difficile ; souvent, du reste, on se trouve aidé par la présence de troubles trophiques.

La recherche de ce symptôme est importante, car sa présence est une menace pour le bien-être physique du malade, chez lequel elle peut masquer des maladies organiques graves. De plus, s'il est prouvé qu'elle est fréquente dans les premières phases de l'aliénation, il y aurait là un élément nouveau et précieux de diagnostic.

Les malades chez lesquels l'analgésie existe devront être entourés de sauvegardes spéciales, dans le but de prévenir les accidents qui peuvent les atteindre.

E. Blin.

XXXIII. L'activité psychique inconsciente en pathologie mentale ; par F. de Sarlo (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. I-II-III).

Cet intéressant travail, complète en quelque sorte les études

récentes de M. Pierre Janet sur l'automatisme psychologique, dont l'auteur examine les manifestations dans les différentes formes vésaniques. Nous ne pouvons entrer ici dans une analyse détaillée de ce long et curieux mémoire, qui demande à être là dans son entier. J. SÉGLAS.

XXXIV. ILLUSIONS SUBJECTIVES OU SIGNIFICATION DE CERTAINS SYMPTÔMES DANS LES MALADIES MENTALES; par J. DRAPER. (*American journal of insanity*, octobre 1890.)

La folie prend naissance soit dans le système cérébro-spinal, soit dans le système ganglionnaire, quoique, dans la majorité des cas, les deux systèmes soient envahis simultanément.

Or, dans tous les cas d'illusions subjectives, c'est de prime abord sur le système ganglionnaire que doit se porter l'attention et, en général, on n'a pas assez insisté sur le rôle joué par le système ganglionnaire dans les phases initiales de la folie.

Le début de beaucoup de troubles mentaux est dû à des épuisements locaux de force nerveuse qui produisent tout d'abord une irritation de l'activité fonctionnelle et dégénèrent par la suite en activité involontaire.

L'auteur nous montre par quelle transition le neurasthénique, après avoir négligé son estomac, en arrive, sous l'influence des troubles de nutrition des nerfs spéciaux ganglionnaires, à ressentir des sensations morbides contre nature, si bien que peu à peu des chocs multiples frappant des centres plus élevés, le malade en arrive à croire réellement à ces sensations anormales et à devenir la victime d'une illusion subjective. — De même chez l'onaniste, sous l'influence de l'épuisement de la nutrition ganglionnaire survient l'hyperexcitabilité de la fonction, puis des pollutions involontaires; puis, avec une continuelle anxiété qui se concentre sur les organes génitaux, commence la lutte de l'individu avec lui-même. — En même temps que la fonction primaire, d'autres fonctions sont envahies par l'intermédiaire du grand plexus, et les nerfs eux-mêmes, sous le coup d'une stimulation spéciale, s'hypéresthésient et donnent naissance à des sensations morbides. Pas à pas, tout le système sympathique est soumis à des impulsions et des sensations qu'il n'éprouve pas à l'état sain : ce sont des phénomènes morbides, et quand le malade en devient conscient, son attention est augmentée et il commence à s'imaginer qu'il est malade d'une façon particulière. — A partir de ce point, ses illusions sont subjectives : elles se rapportent à lui-même. En dernier lieu viennent les causes extérieures, les influences occultes, etc. — Les maladies des organes spéciaux, qui amènent la déplétion du système ganglionnaire peuvent produire à peu près les mêmes accidents — telle la fièvre typhoïde qui épuise l'alimentation des

nerfs intestinaux et peut donner naissance, après la convalescence de la fièvre, à des sensations illusoires, mal comprises par le cerveau. En général, la dépression est la première preuve évidente de complications mentales, et plus tard les illusions marchent de concert avec elle, dans les cas qui prennent leur origine dans le systène ganglionnaire. La douleur est un puissant agent d'épuisement des forces nerveuses de la vie animale, surtout lorsqu'elle est en connexion avec les organes viscéraux et il faut en particulier considérer chez la femme tout trouble, quelque bénin qu'il soit, des organes de reproduction, comme pathogénique de la folie.

E. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. LA PARALDÉHYDE CONSIDÉRÉE COMME HYPNOTIQUE, AVEC PLUSIEURS OBSERVATIONS; par Morgan FINUCANE. (*The Journal of Mental Science,* octobre 1889.)

Le premier mérite de ce médicament, c'est la sécurité parfaite avec laquelle on peut l'administrer dans les cas les plus divers. Chez les aliénés, il calme la douleur, provoque un sommeil paisible et diminue l'agitation. Son action ne paraît pas être atténuée par l'accoutumance. Enfin, c'est un médicament qui agit vite. Son plus grand inconvénient est d'avoir un mauvais goût et une odeur désagréable. R. M. C.

II. QUATRE CAS DE GUÉRISON DE FOLIE CHRONIQUE, AVEC UN RELEVÉ DE QUATORZE AUTRES CAS DANS LESQUELS LA GUÉRISON EST SURVENUE DANS UN DÉLAI DE PLUS DE TROIS ANS; par P. POPE. (*The Journal of mental Science*, janvier 1889.)

Ces dix-huit cas, dont quatre sont publiés avec détail, présentent un réel intérêt; ils sont trop dissemblables pour qu'on en puisse tirer des conclusions générales; mais ils montrent du moins que la guérison de la folie chronique n'est pas aussi rare qu'on le pense et qu'on l'enseigne généralement. R. M. C.

III. Sur l'emploi du bain turc dans le traitement des troubles mentaux. (Notes fournies par une expérience de dix années); par Robert Baker. (*The Journal of mental Science*, juillet 1889.)

L'auteur préconise l'emploi du bain turc :

1° *Comme agent curatif : A*, dans les différentes formes de folie alcoolique et dans les autres folies toxiques ; *B*, dans les cas de démence partielle que l'on observe fréquemment chez les goutteux d'un âge mûr ou avancé ; *C*, dans les formes de mélancolie qui s'accompagnent de sécheresse de la peau et de troubles de la fonction hépatique ; *D*, dans la folie puerpérale.

2° *Comme agent palliatif : A*, dans la folie épileptique ; *B*, dans la paralysie générale des aliénés, surtout à la première période ; *C*, dans la folie chronique. R. M. C.

IV. Notes sur l'emploi du sulfonal; par W.-R. Watson. (*The Journal of mental Science*, juillet 1889.)

Le sulfonal n'est certainement pas un analgésique absolument infaillible ; mais il est capable de rendre des services importants. Il est presque dépourvu de saveur, mais il est insoluble ; de là quelques difficultés d'administration. Son action narcotique est assez prompte (environ deux heures, en moyenne) ; elle est durable. Il ne paraît influencer ni la respiration, ni la circulation, ni la digestion : il n'a jamais donné lieu à aucun accident. C'est en somme un bon analgésique, un bon narcotique, que son prix peu élevé rend particulièrement avantageux dans les asiles d'aliénés.

R. M. C.

V. De l'antifibrine comme antipyrétique; par W. Julius Mickle. (*The Journal of mental Science*, janvier 1889.)

Les recherches de l'auteur ont porté principalement sur l'action de l'antifibrine dans la phthisie pulmonaire chez les aliénés ; mais il a étudié aussi son action dans le catarrhe vésical, l'hémiplégie, les affections organiques du cerveau, la sclérose médullaire, la méningite, les troubles hallucinatoires, la paralysie générale, la pneumonie. — Il a constaté, sauf des différences qu'il indique avec soin, que d'une façon générale, l'antifibrine est un bon et fidèle abaisseur de la température, que ses effets se produisent assez rapidement et persistent pendant un temps assez long (huit à neuf heures) ; il conseille l'emploi des doses faibles ou tout au moins modérées, et repousse dans presque tous les cas, comme inutile et parfois nuisible, l'emploi des doses fortes d'emblée.

R. de Musgrave-Clay.

VI. De la guérison de la morphiuomanie et des habitudes alcooliques ; par W. S. Playfair. (*The Journal of mental Science*, juillet 1889.

Le traitement préconisé par l'auteur est fort simple et il ne lui a jusqu'ici donné que des succès, soit qu'il s'agit de combattre la morphiomanie et la chloralomanie, soit qu'il eût à remédier à des habitudes invétérées d'alcoolisme : ce traitement ne comporte aucun médicament; il consiste purement et simplement, en même temps qu'on diminue progressivement les doses de l'agent d'intoxication, à imposer au malade le repos complet et l'isolement et à le soumettre au massage et à la suralimentation. R. M. C.

VII. La cuichonidine : contribution a l'étude de la pathogénie de l'épilepsie; par G. Gallerani et F. Lussana. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. I-II.)

Les causes qui peuvent déterminer un accès d'épilepsie sont d'origine périphérique ou d'origine centrale. Les premières seront dues à des impressions morales, des excitations physiques; les secondes consistent directement dans des désordres organiques ou fonctionnels des centres nerveux moteurs. L'épilepsie provoquée par la cuichonidine, analysée au point de vue de son mécanisme, de sa nature, démontre clairement la possibilité du développement direct d'un accès épileptique sous l'action exclusive des centres de mouvement, et sans aucune intervention, sinon secondaire, des autres centres. L'accès épileptique, considéré sous son aspect le plus abstrait et le plus large, serait l'expression d'un bouleversement fonctionnel, partiel ou général, du système nerveux central, sous le conp d'une excitation anormale, et proportionnée pour l'intensité au degré actuel des mêmes centres. C'est, en un mot, pour les centres nerveux psychiques et moteurs l'analogue de l'accès de délire aigre pour les centres psychiques et sensoriels. J. Séglas.

VIII. Contribution a l'étude de l'action du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie; par le Dr Cesare Agostini. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. I-II.)

Le bromure de potassium reste toujours pour l'auteur le médicament le plus efficace dans le traitement de l'épilepsie. Il est nécessaire de l'administrer à doses plutôt élevées et pendant longtemps : et un tel traitement est parfaitement compatible avec un état florissant de la nutrition générale. Dans la plus grande partie des cas (85 p. 100), la dose moyenne est de 10 à 14 grammes (avec un jour de suspension pour trois d'administration du médicament), dose correspondant à 20 ou 25 centigrammes par kilogramme du poids de l'individu. Cette dose, que des expériences physiologiques ont

prouvée inoffensive, fait cesser ou diminue notablement les accès convulsifs. On peut au besoin élever la dose à 20 grammes et plus par jour, et la continuer longtemps sans danger, pourvu que le sel soit pur et le filtre rénal parfaitement sain. Les désordres ordinaires qui peuvent se produire durant le traitement bromuré, sont le plus souvent transitoires et facilement curables. Et même les manifestations les plus sérieuses de l'intoxication bromique disparaissent assez vite en suspendant l'usage du médicament. L'usage méthodique et rationnel du bromure de potassium prolonge la vie des épileptiques. J. SÉGLAS.

IX. DE L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE COMME MOYEN D'AMÉLIORATION MENTALE; par le Dr WEY. (*American journal of insanity*, janvier 1891.)

Dans toute institution correctionnelle, on rencontre une classe d'individus paresseux et illettrés qui, par suite d'un développement nul ou partiel des facultés et d'habitudes vicieuses corporelles ou morales, sont incapables d'application mentale prolongée et d'action physique, à cause du manque d'empire sur eux-mêmes.

Avec une classe d'individus de cette sorte, les mesures éducationnelles ordinaires sont sans valeur et ne peuvent qu'échouer parce qu'il y a là un défaut de pouvoir réceptif aux impressions du dehors, et un système nerveux non développé, chargé de ses défectuosités propres.

Or, on peut considérer l'esprit et la morale comme un édifice d'éducation dont le corps est la fondation. La stabilité de l'édifice dépend du pouvoir d'endurance et de résistance de sa fondation qui s'appuie sur l'excellence corporelle, l'intégrité des divers organes du corps, leur mutuelle adaptation aux diverses conditions des uns et des autres, et le maintien de leurs rapports réciproques.

Maint jeune criminel est un arriéré corporellement, comme il l'est mentalemement et moralement; dans ces conditions, un entraînement physique régulier consistant en mouvements libres ou avec appareils, en bains fréquents avec massage, en un régime diététique reconstituant, aura comme résultat un réveil partiel et une stimulation du pouvoir mental et moral endormi.

Après quelques variations sur le vieil adage : *mens sana in corpore sano*, l'auteur reconnaît qu'il ne faudrait pas voir dans l'entraînement physique une panacée pour toutes les maladies du corps, de l'esprit et du moral. Le point sur lequel il insiste est que, pour le rétablissement des arriérés et des illettrés, toute tentative d'action primitive sur l'esprit est une erreur : une saison d'éducation physique, avec la discipline qui force chaque homme au travail, qui exige qu'il le fasse bien, développe des qualités d'attention, d'activité et d'obéissance, et marque un acheminement vers l'inteligence. E. BLIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du lundi 28 *décembre* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Elections. — Sont élus pour 1892 : *Vice-président :* M. CHRISTIAN; *secrétaire général :* M. RITTI; *trésorier :* M. A. VOISIN; *secrétaires annuels :* MM. SÉMELAIGUE et SOLLIER, en remplacement de MM. Charpentier et Garnier, démissionnaires.

Commission des finances : MM. FALRET et MITIVIÉ.

Conseil de faculté : MM. BALL et BOUCHEREAU, auxquels sont adjoints les membres du Bureau.

Comité des publications : MM. FALRET, BRIAND et DAGONET. M. B.

Séance du lundi 25 *janvier* 1892.

PRÉSIDENCE DE MM. BOUCHEREAU ET TH. ROUSSEL.

M. BOUCHEREAU, *président* sortant, énumère dans un éloquent discours les travaux auxquels la Société a pris part dans le courant de 1891. Il invite ensuite M. Th. Roussel, qu'il se félicite de voir lui succéder, à prendre place au fauteuil de la présidence et lui souhaite la bienvenue.

M. TH. ROUSSEL remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le conviant à diriger ses discussions et promet de faire son possible, malgré ses très nombreuses occupations, pour ne pas manquer d'assister à toutes les séances. Il est ensuite procédé au tirage au sort des commissions de Prix. Le scrutin donne les résultats suivants :

Prix Aubanel : MM. ARNAUD, FALRET, GARNIER, SEGLAS et SOLLIER.

Prix Esquirol : MM. BOUCHEREAU, FALRET, MITIVIÉ, RITTI et SÉMELAIGNE.

Prix Moreau (de Tours) : MM. CHASLIN, LUYS, MOREAU (de Tours), SAURY et VALLON. M. BRIAND.

XVI[e] CONGRÈS DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE BADE-LES-BAINS

Séance du 6 juin 1891 [1]. — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY.

M. SCHULTZE. *Encore un mot sur les affections nerveuses consécutives au traumatisme.* — Depuis le congrès international de Berlin le professeur a examiné douze malades de ce genre. Onze d'entre eux ne présentaient aucune anomalie du champ visuel pour le blanc ou les couleurs, bien qu'ils fussent atteints (pour la plupart d'altérations organiques) fonctionnelles du système nerveux. Un seul d'entre eux présentait un rétrécissement du champ visuel pour les couleurs dans un ordre insolite et inégal. C'est donc un signe qui n'a dans l'espèce aucune valeur. Du reste, quelques-unes des personnes examinées racontaient que leur vision périphérique était également mauvaise pour la vue de près ou de loin. Par conséquent, il faut se garder d'accuser *à priori* de simulation ceux qui, et ils sont nombreux, sont incapables en peu de temps de fournir des indications précises, exigeant une certaine attention. Il se peut en effet d'autre part, que les troubles que l'on croit déceler aient précédé l'accident sans qu'il existe de psychose proprement dite. N'allez pas non plus imputer à une psychopathie absente l'inexactitude des indications fournies, car nous n'avons constaté d'anesthésie qu'en un seul cas.

En revanche, la méthode d'investigation peut suggérer au patient l'idée de certaines anesthésies ou inversement. Le public s'imagine par exemple que le côté lésé doit être le siège de troubles de la sensibilité. Quand il accuse un trouble de la sensibilité, il se peut par conséquent qu'il n'existe que dans son imagination mais il n'en faut pas inférer qu'il y a psychose pour cela.

Quant aux réflexes tendineux, leur intensité présente de très grandes oscillations, selon que l'on examine les malades à la clinique devant les assistants ou seuls; l'anxiété ou l'émotion exagère ces réflexes. C'est ainsi qu'on provoquera d'une façon passagère un clonus intense de la patte d'oie ou du pied, et cela, surtout pour le premier, en excitant des zones qui d'ordinaire ne le provoquent point. Il en est de même de l'exagération soi-disant pathologique des réflexes que l'on constate chez les individus affaiblis par des

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, XV[e] Congrès, t. XXI, p. 132.

maladies n'ayant rien de commun avec le traumatisme, par exemple chez les convalescents de pneumonie et les phthisiques, sans qu'on soit autorisé à admettre que les faisceaux pyramidaux sont affectés.

Quatre fois, M. Schultze a noté, après le traumatisme, le complexus symptomatique de Ménière (vertiges, bourdonnements d'oreilles, dysacousie, titubation). L'un des malades avait eu une fracture du crâne. Chez un autre, il y avait rétrécissement considérable des fosses nasales et le premier accès avait précédé l'accident. Un homme était atteint de chorée minor; sa main droite était mutilée; on ne constatait chez lui aucun trouble du champ visuel ni de la sensibilité. Une des observations principalement caractérisées par le syndrôme de Ménière, révélait une lenteur marquée de la réaction lumineuse qu'il était difficile de considérer comme un trouble purement fonctionnel.

Le traumatisme peut donc produire des troubles nerveux très variés. La névrose traumatique n'est pas une maladie autonome. Il ne la faut regarder que comme un schéma artificiel. On y peut tout ranger; mais il est tout aussi difficile d'en débrouiller les éléments que de déterminer les perturbations préexistant à l'accident traumatique. La simulation n'a pu être établie par M. Schultze qu'en un cas; en trois autres cas; il dut prononcer le diagnostic d'aggravation par le traumatisme de troubles antérieurs à lui. Quant aux nuances et à la quotité le tracé en est impossible.

M. J. Steiner. *Du sommeil hystérique.* — En voici deux observations :

Observation I. — Jeune dame de vingt et un ans se plaignant d'angoisse et de pleurs nerveux ; céphalalgies; tremblements convulsifs de la face et dans les deux bras pendant lesquels les objets lui échappent des mains. Hérédité. On ne constate pas d'autre anomalie, qu'une zone hyperesthésique au niveau du bregma. Les tremblements convulsifs sont de nature choréique. Quelques mois plus tard, à la suite d'une vive terreur (crainte d'incendie), ces symptômes qui avaient rétrocédé reprennent une nouvelle intensité; un traitement convenable améliore une seconde fois la maladie. Enfin, à la suite d'une scène de famille, et aux approches de la menstruation, attaque de sommeil. Les yeux sont hermétiquemant fermés, les paupières supérieures sont animées de petites vibrations continues; les globes oculaires sont tournés en haut et en dedans. La bouche est immobilisée par les masticateurs fortement contracturés. Les doigts de la main droite sont convulsivement fléchis dans la paume, l'articulation du genou du même côté est rigide. En comprimant la zone hystérogène, on provoque l'entre-bâillement des paupières; on aperçoit alors un regard dépourvu d'expression ; on cesse la compression, les yeux se referment. Quelques heures plus tard, elle pousse un long soupir, et se réveille. La menstruation s'est établie, la malade se sent bien, elle se plaint de somnolence et de lassitude générales; elle ne se rappelle plus du tout ce qui s'est passé pendant la crise de sommeil. Nous constatons une anesthésie presque complète, de tout le côté droit

y compris la langue et le nez; la face seule est indemne; champ visuel normal. Depuis lors, la santé se rétablit complètement, les mouvements choréiques disparurent, il ne se produisit plus d'attaques de sommeil.

Observation II. — Femme de quarante et un ans, réglée à vingt et un ans et ayant depuis cette époque éprouvé quelques troubles nerveux, de la rétention d'urine, de la dysurie. Mariée à vingt-six ans, grosse au bout de dix-huit mois, elle éprouve dès les premiers mois de cette grossesse sa première attaque de sommeil qui depuis s'est renouvelée plus ou moins souvent. C'est une femme qui ne présente aucune de ces anomalies particulières aux hystériques. Le champ visuel est rétréci, surtout à gauche; la sensibilité générale et spéciale de la langue est diminuée, surtout à gauche; il en est de même pour le pharynx; hémi-hypo-esthésie du côté gauche du corps. Zones d'hyperesthésie sur la tête, au niveau de la colonne vertébrale entre les épaules, et dans la région de l'hypochondre gauche. Aucune lésion organique si ce n'est des foyers de paramétrite anciens à gauche. La suggestion fait cesser la rétention d'urine. Appelé sur notre désir pendant une attaque de sommeil, nous constatons les mêmes phénomènes que chez la première malade; la pression sur la zone ovarique n'interrompt pas plus le sommeil que dans le premier cas, mais elle provoque des mouvements d'ensemble. En un mot, ses caractères sont ceux du premier cas.

La malade raconte que l'attaque de sommeil s'annonce quelquefois par une bouffée de chaleur céphalique et faciale, par des bourdonnements d'oreilles. En d'autres circonstances, elle la surprend subitement, voire dans la rue. Une fois, dans les premiers temps, elle dormit deux jours, à telle enseigne qu'un médecin la tint pour morte, son mari s'opposa aux préparatifs de l'inhumation. Or, pendant cette phase, elle entendait tout ce qu'on disait dans les deux chambres voisines, bien qu'on parlât à voix basse, par respect pour ses dépouilles mortelles. Que d'angoisses n'endura-t-elle pas, elle voulait appeler et ne le pouvait. Ultérieurement, les attaques de sommeil s'accompagnèrent de perte totale de connaissance; c'est ainsi qu'elles se manifestent aujourd'hui.

M. Jolly. *Des troubles trophiques dans les maladies de la moelle.* — Voici un jeune hemme qui, à l'âge de vingt ans, est atteint d'un panaris grave nécessitant l'amputation de l'indicateur de la main droite; six mois plus tard, l'articulation radiocubitale gauche est prise, il se produit même un trouble de la motilité des articulations de la main qui se subluxe. D'autres panaris apparaissent à la main droite; ils sont incisés et guérissent; actuellement on constate une rétraction de l'aponévrose palmaire et des craquements indolores dans l'articulation radiocubitale jadis atteinte. Sur les deux mains, on observe entre les doigts des rudiments de membranes interdigitales (palmures). Finalement, scoliose de la colonne dorsale à droite. La sensibilité est émoussée, même pour la chaleur, le long du membre supérieur droit, surtout au niveau des doigts de la main, et, sur le tronc, jusqu'à la sixième côte; mais les fins contacts sont perçus. La sensibilité est restée normale, à la partie inférieure

du corps et du côté gauche. Intégrité du champ visuel et des fonctions de l'œil. Le bras droit est dénué de vigueur; le malade accuse des douleurs dans l'épaule droite. L'examen électrique révèle une simple diminution de l'excitabilité dans les muscles de la main; aucune modification qualitative. Il doit y avoir syringomyélie ou gliomatose de la moelle; en un mot c'est une maladie de Morvan, car les distinctions établies entre la syringomyélie et ce dernier type sont bien subtiles; ce sont en tout cas deux affections sœurs. Peut-être les processus de destruction périphériques qui caractérisent la maladie de Morvan dépendent-ils de la localisation spéciale des altérations médullaires. Quoi qu'il en soit, on est en droit d'admettre, en de semblables cas, l'étiologie d'une névrite ascendante procédant de la blessure préalable d'un membre qui jouerait le rôle d'agent névropathique.

Passons maintenant à une dame de cinquante-cinq ans, malade depuis dix-huit mois consécutivement à l'influenza. Elle a successivement éprouvé des quintes de toux paroxystiques avec étouffements par accès, des douleurs dans les membres, une immobilité fixe des pupilles, des douleurs lancinantes dans les extrémités, la tête, l'œil gauche. Les éléments du tabes dorsal apparurent avec le signe de Romberg et de Westphal, les symptômes précédents, la paralysie des dilatateurs de la glotte, les anesthésies. Finalement hémiatrophie faciale gauche, enfoncement de l'œil gauche, affaissement et pigmentation anormale de la joue du même côté. Mendel et Homen ayant en pareil cas constaté des altérations névritiques des racines du trijumeau, M. Jolly croit que le tabes est la cause de l'hémiatrophie; l'influenza a agi simplement comme un coup de fouet; il est en effet très rare d'observer la simultanéité indépendante du tabes et de l'hémiatrophie.

M. Minkowski (de Strasbourg). *Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie faciale rhumatismale.* — Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, pris subitement, à la suite d'un refroidissement, de paralysie faciale complète; les segments antérieurs de la langue ne perçoivent plus les saveurs; il existe passagèrement de l'hyperacousie et de la paralysie du voile du palais; réaction dégénérative d'abord partielle, puis complète. Huit semaines après le début de la paralysie, le patient s'empoisonne en avalant de l'acide chlorhydrique. On constate à l'*autopsie* une dégénérescence très avancée des nerfs, elle est des plus marquées dans la partie la plus inférieure de l'aqueduc de Fallope, et se retrouve en s'atténuant jusqu'au ganglion géniculé. Au-dessus du ganglion, le nerf est tout à fait normal; le ganglion lui-même est intact. Le névrilemne ne présente aucune trace d'altérations inflammatoires; intégrité des parties qui entourent le nerf, pas trace de compression. C'est donc une névrite purement dégénérative sans cause matérielle.

M. KNOBLAUCH communique les recherches faites par lui en commun avec M. FUERSTNER, *sur les phénomènes de la division des noyaux dans la moelle* des chiens et des lapins à la suite de piqûres. Travail publié *in extenso* [1].

M. HOCHE (de Strasbourg). *Des cellules nerveuses des racines antérieures de la moelle de l'homme.* — C'est le développement de la note publiée dans la *Neurolog. Centralblatt* de 1891 [2] sur le *groupe*, jusqu'alors inconnu, de *cellules* que l'on trouve dans les parties lombaire et sacrée de la moelle et qui est en *relation intime avec les fibres des racines antérieures*. Mémoire qui sera publié.

M. SCHRADER (de Strasbourg). *Des foyers d'inflammation expérimentale dans le cerveau des chiens et des pigeons.* — En inoculant à ces animaux des microorganismes pathogènes et notamment un bacille emprunté au sang du cœur d'un jeune homme mort de noma, l'orateur a, de concert avec M. Kuemmel, provoqué des foyers d'inflammation cérébrale.

Les expériences avaient pour but d'élucider deux questions.

1° Un foyer d'inflammation dans le territoire du faisceau pyramidal provoque-t-il une hémiplégie chez le chien comme chez l'homme? — 2° Est-il possible de diagnostiquer la localisation d'un foyer d'inflammation cérébrale chez le chien aussi bien que chez l'homme?

Voici les conclusions de ces recherches.

1° Un foyer d'inflammation de la zone motrice du cerveau peut déterminer chez le chien une paralysie croisée complète; on observe aussi sur la moitié du corps atteinte des convulsions cloniques; la connaissance n'est pas abolie. Il peut se produire simultanément un trouble de la vue qui occupe la moitié du champ visuel opposé à la lésion. Si l'on extirpe la partie du cerveau atteinte avec le foyer inflammatoire qu'elle contient, il est possible de faire disparaître la paralysie (de Malinowsky). — 2° Un foyer inflammatoire identique peut se développer dans la région intermédiaire du cerveau et tuer l'animal sans qu'on observe ni paralysie, ni trouble visuel. — 3° Le même foyer inflammatoire, développé dans le lobe occipital du chien, engendre une amaurose croisée sans troubles moteurs.

Tous ces phénomènes ont terminé leur parfaite évolution avant que se produise la dégénérescence descendante du bulbe et de la moelle, bien qu'évidemment le système des faisceaux pyramidaux soit l'intermédiaire obligé de la paralysie motrice et des phénomènes d'excitation. Cette opinion paraît corroborée par l'étude des pigeons.

[1] Voyez *Archives de Neurologie*. Revues analytiques.
[2] *Id.*
[3] *Id.*

Voici, par exemple, l'encéphale d'un pigeon chez lequel un foyer d'inflammation bacillaire (emprunté au noma) a en vingt-cinq jours totalement détruit l'hémisphère gauche. On a, à partir du septième jour, observé chez cet animal les mêmes accidents que si on lui avait extirpé cet hémisphère. Il n'y a eu à aucun moment ni paralysie motrice, ni phénomène d'excitation. Or le système nerveux central du pigeon ne possède pas de système qui, au point de vue anatomique ou physiologique, soit l'homologue du faisceau pyramidal de l'homme et des autres vertébrés. Il serait donc possible que l'absence de tout accident moteur, malgré la destruction étendue du cerveau, tienne à l'absence de faisceau pyramidal.

Il y a en somme analogie entre la clinique humaine et l'expérimentation animale. Il n'est pas possible d'appliquer l'extirpation cérébrale du chien à la pathologie humaine, parce que ces mutilations manquent chez l'homme, mais la chirurgie du cerveau pourra nous éclairer dans l'avenir sur cette question. En attendant, il est intéressant de nous reporter à l'observation d'atrophie complète d'un système pyramidal communiqué par Zacher; l'homme qui en était porteur ne fut point paralysé.

M. Friedmann. *Contribution à l'étude des conséquences de la commotion cérébrale.* — Il s'agit de deux observations avec *autopsie* et même avec examen *microscopique*. L'évolution clinique, d'une gravité exceptionnelle, permettait de ranger la maladie sous l'étiquette de : foyers d'encéphalite ou de méningite occasionnés par un éclat osseux, ou tout au moins de : complexus symptomatique analogue à la maladie de Ménière. En effet, chez des individus encore jeunes à la suite d'un traumatisme céphalique de gravité moyenne, céphalalgie localisée, vertiges, paralysie de différents nerfs crâniens, mydriase unilatérale, puis tout cesse. Puis, des semaines ou des mois plus tard, les mêmes symptômes reviennent revêtant une forme grave, à des intervalles périodiques, s'accompagnant de fièvre ou de paralysie des extrémités. Les facultés mentales disparaissent graduellement; finalement la mort a lieu dans le coma ; les accidents ont duré un à trois ans; on aurait même pratiqué préalablement la trépanation chez l'un des malades. — *Autopsie.* Dans ces deux cas, on ne constate qu'une hypérémie prononcée ; il n'existe pas de lésion du crâne et du cerveau. Le microscope décèle (dans la première observation) une lésion disséminée des petits vaisseaux ; leurs lumières et leurs gaines sont dilatées; ces dernières sont remplies de cellules migratrices et de pigment sanguin à profusion, la paroi est atteinte de dégénérescence hyaline. M. Friedmann croit que la commotion cérébrale a affaibli les centres vaso-moteurs ; de là les poussées hypérémiques paroxystiques; la dégénérescence des parois vasculaires se serait produite consécutivement. Quand le cerveau a été suffisamment altéré, l'hypérémie a provoqué la mort.

Si l'on rapproche ces faits de l'observation de Sperling et Kronthal, il appert que la commotion cérébrale porte avant tout son action sur le système vasculaire de l'encéphale. L'absence, dans l'espèce, de troubles sensitifs et moteurs montre qu'ils ne sont pas la conséquence d'altérations vasculaires, qu'ils dépendent d'un autre facteur et qu'ils constituent un groupe nosologique distinct.

Discussion sur les *troubles nerveux consécutifs au traumatisme.* — M. Eisenlohr. La diminution du champ visuel n'a aucune valeur dans le diagnostic de la névrose traumatique. Sans doute, chez l'hystérique, on la constate de temps à autre, mais elle est si minime, qu'il est impossible, comme le voudrait Oppenheim, de l'élever à la dignité de symptôme de valeur. Parmi les troubles nerveux qui survivent aux traumatismes, il en est beaucoup d'insignifiants qui, par suite, doivent être rayés du cadre des éléments entraînant l'incapacité de travail. Voici par exemple, un malade présentant dans la jambe blessée une zone d'anesthésie circonscrite; il en fait son cheval de bataille et s'installe à demeure à l'hôpital. Mais à l'hôpital même on l'emploie, il y travaille ; de retour chez lui, il continue à travailler alors qu'il se prétendait impotent. En le remontant, en le soumettant à l'hydrothérapie et à l'électrothérapie on est arrivé à le guérir, à guérir des troubles traumatiques graves et légers.

M. Schultze est surpris de la théorie de Friedmann. La mort n'aurait-elle pas été plutôt le fait d'une intoxication, notamment par la morphine.

M. Friedmann. Les malades n'avaient aucune raison pour s'empoisonner, ils n'avaient ni le dégoût de la vie, ni les préoccupations mélancoliques. Le dénoûment a été brusque. Chez l'un des malades, c'est en pleine influenza qu'il est survenu; les altérations anatomiques préalables ont pu constituer un élément auxiliaire de l'influenza.

M. Hoffmann. Le pronostic des troubles nerveux post-traumatiques n'est pas aussi fâcheux qu'on l'a prétendu; on ne peut formuler de jugement sur un malade qu'en l'examinant de temps à autre et même à de longues années d'intervalle. En ce qui regarde la *simulation du rétrécissement du champ visuel*, récemment l'orateur l'a vu essayer par un ouvrier ; un oculiste avait noté une cécité à 5° pour le blanc, puis une complète achromatopsie ; on découvrit la supercherie et le patient avoua. Il promit même de raconter plus tard comment lui était venue l'idée de cette simulation ; il n'a pas tenu parole, ce qui n'a rien d'étonnant.

M. Boeumelr. Le traumatisme est simplement la cause occasionnelle des troubles nerveux. Leur persistance tient à certaines influences extérieures, notamment à l'entourage du malade, à l'examen des médecins, aux débats judiciaires et administratifs. Il faut

observer et examiner les patients qui laissent un doute dans l'esprit en des établissements spéciaux.

M. Laquer. M. Bœumler a raison sur bien des points. C'est ce que m'a appris ma pratique comme médecin de la Société contre les accidents *la Zurich*. Mais, dans les petits villages, on a moins à redouter la parenté et les agissements des agents d'affaires à la recherche de procès des avocats marrons de l'Allemagne du Sud.

Dans une petite ville voisine de Francfort vivaient quatre maçons. Victimes de la chute d'un mur d'une brasserie de la grande ville, ils avaient eu à souffrir de légères contusions; pendant deux ans ils maintinrent auprès des tribunaux leur requête d'impotence permanente, disant qu'ils ne pouvaient même point se rendre à Francfort pour y être examinés tant ils étaient tourmentés par l'asthme, la paralysie et d'autres infirmités qui en faisaient des invalides. Les certificats médicaux ne manquaient point, mais ils n'appportaient pas la lumière. M. Laquer se transporta sur les lieux et mit à néant leurs prétentions. Or, ces quatre maçons avaient un conseil qui les poussait à réclamer.

M. Jolly. Sans doute la névrose traumatique est polymorphe. Mais on s'explique très bien le rétrécissement du champ visuel. S'il est rare de constater une abolition de la vision dans les parties externes du champ visuel rétréci, on comprend qu'il y ait un certain émoussement de l'acuité visuelle. Le champ visuel peut, du reste, être rétréci de par une cause matérielle et cependant les renseignements fournis par le patient varient d'un jour à l'autre; ainsi en est-il pour les hystériques et les malades atteints de névrose traumatique. Il n'est en tout cas point facile de simuler un rétrécissement typiqué pour le blanc et les couleurs. On connaît ce malade de Berlin qui savait tout simuler, anesthésie, transfert, épilepsie, etc., à son gré, mais il ne réussit pas à simuler un tel phénomène. Le champ visuel que l'on traçait d'après ses indications présentait des contours bizarres, inaccoutumés.

M. Leber. Dans les fractures du crâne, on observe des troubles nerveux avec diminution de l'acuité visuelle et rétrécissement du champ visuel. Au bout d'un temps relativement court, la papille apparaît décolorée. Or jamais on ne voit cela dans la névrose traumatique. Peut-être cette décoloration papillaire est-elle plus tardive dans les troubles fonctionnels. Quand à différents éloignements, le champ visuel présente le même rétrécissement en surface, il y a lieu de soupçonner la simulation. Le rétrécissement est-il aussi considérable que l'a trouvé Hoffmann, il est très probable qu'il est simulé. A cet égard tous les ophthalmologistes sont unanimes.

M. Schultze. Nous sommes en réalité d'accord sur le rétrécissement du champ visuel dans la névrose traumatique. Que les

ophthalmologistes veuillent bien se joindre à nous pour en préciser les caractères. Les modifications psychiques ne sont point toujours un point de repère qui permette d'admettre une névrose traumatique. L'humeur fantasque et chagrine des malades ne prouve point une altération des facultés.

Séance du 7 juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. SCHULTZE.

M. WEIGERT. *Modification de sa méthode de coloration des manchons de myéline.* — Elle a pour but d'éviter les précipités qui se produisent au traitement par le cuivre, précipités qui abîment le couteau. Elle a l'avantage d'éviter une différenciation subsidiaire avec les coupes minces (au quarantième de millim.). Après avoir donné aux pièces le mordant convenable par l'acide chromique, on traite comme d'habitude par la celloïdine et on les colle sur un liège. On les plonge alors dans un mélange d'une solution d'acétate d'oxyde de cuivre neutralisée et filtrée à froid et d'une solution de 10 p. 100 de sel de seignette (on fait le mélange des deux solutions à parties égales). Les pièces baigneront dans ce mélange au bain-marie pendant vingt-quatre heures ; puis on les place vingt-quatre heures encore dans une solution simple d'acétate de cuivre (dans l'eau). Si l'on veut éviter la différenciation, on les soumet à l'action d'un mélange récent d'une partie de solution alcoolique ordinaire d'hématoxyline (1 : 10) et de neuf parties de solution faible de lithine (plus fortement alcaline que celles qu'on a jusqu'ici employées), qui contient pour 100 parties non plus un centimètre cube de solution aqueuse filtrée de carbonate de lithine mais bien sept parties de ce sel pour 100. Pour obtenir une clarté parfaite des plans inférieurs, on peut, après avoir lavé les coupes à l'eau, les traiter par l'acide acétique à un tiers. voire à un demi pour cent, mais cette pratique n'est pas indispensable; le simple lavage à l'eau suffit. Si l'on a affaire à des coupes épaisses et à des séries incluses dans la celloïdine, ce traitement produit une surcoloration, il faut alors avoir recours à la différenciation par la méthode habituelle. On éclaircit en traitant à l'alcool à 90, puis au mélange d'huile d'aniline et de xylol (2 : 1) puis au xylol pur, et finalement au baume de xylol.

M. THOMAS (de Fribourg). *Un cas d'hémiplégie fonctionnelle.* — Femme mûre ayant été seize ans auparavant atteinte de rhumatisme articulaire avec insuffisance mitrale, et ayant eu 13 enfants. Thrombose puerpérale de quelques varices de la jambe droite; troubles de la respiration soit du fait du cœur soit de par une embolie pulmonaire. Dilatation cardiaque notable; à la base des poumons surtout à droite et en bas, au siège de l'infarctus, et aussi

ailleurs, râles abondants. Hypertrophie colossale du foie. Deux cents battements de cœur à la minute, accès d'angoisse avec tachycardie, à plusieurs reprises; la digitale à hautes doses met fin à ces accidents. La malade se serait levée dans les premiers jours de cette année, si la douleur de ses thromboses ne l'en eût empêchée. Le pouls redevenant plus fréquent, on reprend l'usage de la digitale. Dans la nuit du 7 au 8 janvier elle est agitée; le 8 au matin, sa parole est inintelligible, on constate une paralysie complète de la partie inférieure du facial gauche, du bras gauche, de la jambe gauche; intégrité de la connaissance et de la sensibilité; elle laisse aller ses urines et ses matières. Le soir la parole est plus distincte; elle remue plus facilement la main gauche qui redevient tout à fait immobile le lendemain. Ce jour-là il existe une anesthésie complète des membres paralysés. Il se produit de nouveaux troubles respiratoires; nouveaux infarctus pulmonaires. L'hémiplégie avec l'hémianesthésie subsiste totale jusqu'à la mort qui a lieu le 13 janvier. — *Autopsie.* Pas d'embolie des artères cérébrales; nulle cause organique d'hémiplégie; l'encéphale est simplement un peu œdématié. Infarctus pulmonaires anciens et récents, dilatation considérable du cœur avec insuffisance mitrale ancienne, endocardite valvulaire proliférative de date récente. Intégrité de la moelle et des méninges. L'hystérie et l'urémie étant exclus, au même titre que l'embolie et l'apoplexie, c'est bien une hémiplégie fonctionnelle.

Discussion. — M. Edinger. La préparation a-t-elle été durcie et examinée au microscope? N'y a-t-il pas de prolifération de la névroglie? N'était-ce point une encéphalite septique?

M. Kahlden. On peut répondre non à la dernière question. On peut affirmer qu'il n'y avait pas d'embolie. La pièce est dans le liquide de Muller; on l'examinera au microscope.

M. J. Hoffmann (d'Heidelberg). *Etat anatomique des muscles dans un cas d'hypertrophie congénitale.* — Il y a deux ans, il y avait à la clinique chirurgicale d'Heidelberg une paysanne de dix-sept ans qui présentait un *développement gigantesque du système d'attache de la ceinture des épaules et des deux membres supérieurs*, avec anomalies du squelette, lipômes, télangiectasies, petits angiômes thoraciques; elle était atteinte en outre de strabisme convergent, légère asymétrie faciale; la langue et les oreilles étaient intactes. La ceinture du bassin et les jambes ne prenaient pas part à l'hypertrophie. L'examen complet des organes internes, de la sensibilité, des réflexes cutanés et tendineux, de la tonicité musculaire, etc., permet d'affirmer l'intégrité fonctionnelle absolue. On lui excisa un petit morceau du gastrocnémien normal et du deltoïde hypertrophié; après les avoir fait durcir identiquement dans le liquide de Muller, on procéda à l'examen microscopique.

Les fibres musculaires du gastrocnémien sont normales; elles

ont un diamètre de 33 à 66 μ et contiennent 2 à 6 noyaux, celles du deltoïde ont un diamètre moyen de 60 à 100 μ et 5 à 12 noyaux; le tissu conjonctif de ce dernier un peu plus abondant que normalement, contient aussi plus de noyaux que d'ordinaire. Quelques fibres du deltoïde présentent aussi des vacuoles. La multiplication des noyaux du muscle gigantesque n'est qu'apparente, car, si l'on compare deux volumes égaux des deux substances musculaires normales et hypertrophiées, ou des proportions correspondantes, on voit qu'il n'y a pas plus de noyaux dans le muscle normal que dans le muscle géant; le même résultat émane de la comparaison rationnelle des dimensions des fibres et de leur coupe transverse. C'est donc une production gigantesque pure et physiologique.

M. J. Hoffmann. *Contribution à l'étude de la tétanie.* — On constate parfois (et l'auteur passe brièvement en revue des observations rares de ce genre) dans la tétanie, l'hypéresthésie galvanique de l'acoustique (Chvostek jeune). La tétanie peut suivre l'extirpation du goitre; en un cas, de ce genre une cataracte se développa également; un autre cas non moins intéressant a trait à une troisième opération d'extirpation de goitre; la tétanie se produisit, puis plus tard le syndrôme de la myotonie, compliqué de l'hyperexcitabilité mécanique et électrique des nerfs (*phénomène de Trousseau*). Il est du reste inadmissible de croire que, comme le prétend de Frankl-Hochvart, le phénomène de Trousseau est le produit, et le produit unique, de l'excitation des nerfs. La réaction myotomique tient à une modification chimique de la substance contractile du muscle, elle-même provoquée, dans l'espèce, par des anomalies de la nutrition consécutives à la perte de fonction de la glande thyroïde, il en est de cela comme du myxœdème, de la cachexie pachydermique, de la tétanie, et de l'épilepsie des malades atteints de lésions de la thyroïde. La cataracte survenue aussi en pareils cas doit être rattachée à un trouble fonctionnel des nerfs trophiques. Le mémoire sera publié *in extenso*[1].

Discussion. — M. Kœpelin. Dans trois cas de myxœdème observés par lui, il a constaté des altérations constantes du sang qui pourraient bien tenir à la suppression de fonction de la glande typhoïde. Les hématies présentaient partout une augmentation considérable de diamètre; ce doit être l'altération primordiale. M. A. Schmidt a noté d'autres anomalies indiquant un trouble profond dans la constitution chimique du sang chez les mêmes malades; il les décrira. Quelles que soient les espèces morbides qui paraissent dépendre d'altérations de la glande thyroïde (tremblement, hyperexcitabilité neuro-musculaire, troubles mentaux) il est

[1] Voir *Archives de Neurologie*, Revue analytique.

certains symptômes qui reparaissent invariablement ; il y a donc lieu de croire qu'à l'état normal de la glande thyroïde rend inoffensifs certains produits de décomposition de l'organisme dont la toxicité indéniable provoque quand ils subsistent tels quels dans le sang, une perturbation chronique dans la composition de ce liquide et entraîne, de ce fait, les symptômes sus-mentionnés.

M. KAHLDEN (de Fribourg). *De la maladie d'Addison.* — Deux questions nous intéressent au point de vue anatomo-pathologique, dans la maladie d'Addison. Ce sont : 1° celle de la genèse et de la fonction du pigment ; 2° celle des relations des symptômes avec l'altération si fréquente des capsules surrénales. La maladie dépend-elle directement de cette altération, ou bien émane-t-elle de la propagation de l'inflammation des capsules surrénales aux tissus du voisinage, et notamment au grand sympathique et au ganglion semi-lunaire.

La première question paraît, provisoirement au moins, résolue. Sur la seconde question, les opinions sont encore très partagées. Il y a trois ans, M. Kahlden (*Virchow's Archiv.*, t. CXIV) a publié deux observations dans lesquelles les ganglions étaient fortement altérés. L'un des cas était caractérisé par la dégénérescence du ganglion entier ; de nombreux vaisseaux y étaient atteints de dégénérescence hyaline de leur paroi ; on y trouvait des foyers inflammatoires à petites cellules ; les parois vasculaires étaient à ce point épaissies que la lumière des conduits était obturée et que les ganglions étaient parsemées d'hémorrhagies. Depuis cette époque nombre d'examens ont été publiés ; dans la plupart de ces faits, le ganglion semi-lunaire était intact.

M. KAHLDEN n'a cessé de poursuivre ses recherches. Sur huit cas de caséification des capsules surrénales qu'il a examinés, il a enregistré deux faits de maladie d'Addison typique. Dans ces deux faits, il n'y avait pas de lésion des ganglions semi-lunaires, ni d'autres ganglions sus-jacents du grand sympathique. En revanche, dans quelques-uns des cas de caséification des capsules surrénales, sans maladie d'Addison, il existait des altérations marquées des ganglions.

L'orateur ne peut donc conclure que la maladie d'Addison soit produite par des altérations des ganglions semi-lunaires et du grand sympathique, quoi qu'il ne puisse nier que l'un ou l'autre des symptômes ne soit influencé par ces altérations.

On a récemment essayé de rattacher la maladie d'Addison à des altérations de la moelle. On se rappelle les expériences de Tittoni qui, après avoir extirpé les capsules surrénales, a observé des troubles de circulation de la moelle, des hémorrhagies et des phénomènes inflammatoires suivis de la dégénérescence des fibres nerveuses. M. Kahlden n'a, dans l'ensemble de ses observations,

constaté que des dégénérescences insignifiantes de la moelle; il n'a pu en faire un élément spécifique de la maladie d'Addison, il les a plus volontiers rapprochées des altérations rencontrées par Lichtheim dans les affections générales chroniques (anémie pernicieuse, etc.).

Ces altérations existent-elles chez les tuberculeux? Huit cadavres de phthisiques ont été successivement examinés à ce point de vue. On a pris à leur moelle des segments de diverses parties de cet organe; on les a durcis. Chez six d'entre eux, on a trouvé en effet des dégénérescences de la moelle; elles étaient surtout marquées dans les racines postérieures, mais se rencontraient également dans la substance grise, et se manifestaient au niveau des cloisons et des espaces péri-vasculaires sous la forme de cellules granulo-graisseuses accumulées; les cellules nerveuses des cornes antérieures contenaient des granulations noires de diverses sortes.

Discussion: M. Fleiner. — Les altérations décrites par l'orateur dans les ganglions semi-lunaires, il les a trouvées, mais l'interprétation en est délicate. On est aussi frappé de la dégénérescence des fibres myéliniques et des altérations des ganglions spinaux (infiltration de cellules rondes, pigmentation accusée). Il n'a pu constater que l'altération se propage aux racines de la moelle.

M. Schultze. Les lésions du système nerveux central, chez les phthisiques ne sont pas encore suffisamment élucidées; gardons-nous donc encore d'une interprétation anatomo-pathologique.

M. Edinger (de Francfort). *Contribution à la théorie de la douleur.* — Nous savons, à n'en pas douter, que la douleur peut être engendrée par l'application d'excitants appropriés sur l'appareil terminal de la sensibilité, sur le nerf lui-même, et probablement aussi sur les ganglions et les racines spinaux. Mais, y a-t-il une *douleur centrale*, c'est-à-dire une douleur qui, prenant naissance dans l'organe central, soit ressentie à la périphérie. Il est évident que l'animal ne peut nous renseigner. Il n'y a que peu de faits qui puissent nous éclairer sur l'existence de douleurs vraiment centrales. Et cependant, la question est importante, puisque nous connaissons des douleurs chez les hypochondriaques, les hystériques et les épileptiques (état préépileptique) dont la nature est probable, mais incertaine. Voici une observation suggestive. Une femme de 48 ans est atteinte d'un ictus apoplectique très léger, qui ne laisse que pour très peu de temps une perte de connaissance. Dès le jour suivant, il existe une hyperesthésie du côté droit. Dès les semaines ultérieures se développent en cet endroit des douleurs très vives. Parésie passagère du côté droit. Les douleurs persistent à un haut degré dans tout le côté droit jusqu'à la mort qui a lieu deux ans après. La malade s'est tuée pour échapper à ces douleurs redoutables que rien ne pouvait calmer. On avait constaté longtemps

après l'attaque une légère athétose du bras et de la jambe affectés, Plus tard encore il se produisit de l'hémianopsie, absente dans la première année qui suivit l'attaque. *Autopsie :* Examen attentif du cerveau par des coupes en série. On trouve un ancien foyer de ramollissement occupant la partie la plus supérieure du noyau externe de la couche optique gauche; il s'était étendu en arrière jusque dans le pulvinar. La localisation exacte porte *directement sur les fibres sensorielles de la capsule interne.* Par places, il empiète très peu sur les systèmes voisins. Au milieu de la partie supérieure du ruban de Reil, du même côté, il existe une atrophie des fibres, que l'on constate en descendant jusque dans la région des olives. Toutes les autres parties de l'encéphale sont normales.

Telle était la cause des douleurs prenant naissance dans l'organe central, et réfléchies, senties à la périphérie. Remarquons que le complexus symptomatique (hyperesthésie-douleur) remonte au début de la maladie et que, par suite, il n'a rien à voir avec les douleurs des vieux apoplectiques, qui sont toujours la conséquence de processus anatomiques secondaires se produisant à la périphérie.

M. Edinger présente un *nouvel appareil à dessiner* pour les grossissements faibles (2 à 15 diam.) dont on se sert le plus souvent quand on veut dessiner les préparations cérébro-spinales en séries des coupes embryogéniques. L'appareil à projection en question, envoie l'image sur une feuille de papier sous-jacente, où l'on n'a qu'à en suivre les contours. Avec lui on n'éprouve pas la fatigue que cause l'action du prisme sur lequel repose le principe des autres appareils à dessiner. Un tube métallique dont l'orifice antérieur est muni d'une lentille, concentre la lumière d'une lampe à pétrole sur un miroir qui en occupe le fond à une inclinaison de 45°. Ce miroir renvoie la lumière, à travers une ouverture pratiquée sur la paroi inférieure du tube, à la platine du microscope qui porte la préparation. Une ou plusieurs loupes disposées au-dessous de la platine projettent sur la table de travail une image des plus nettes, au pied même du microscope. En variant la hauteur de l'appareil et en combinant avec cette manœuvre l'orientation et le foyer des loupes, on obtient les différents grossissements de 2 à 15. M. Leitz de Wetzlar, fabrique cet instrument au prix de 50 marks (muni de 2 lentilles), ou de 60 marks (muni de 3 lentilles).

M. Manz. *Examen anatomique d'un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine.* — Il s'agit d'une dame âgée, atteinte d'une lésion organique du cœur, qui en se réveillant, sans prodrômes, s'aperçoit qu'elle n'y voit plus de l'œil gauche. Le jour même on l'examine à l'ophthalmoscope, on constate, en outre de quelques altérations tenant à une myopie ancienne, la vacuité des artères, la pâleur de la papille, un très léger trouble de la rétine autour de la papille et de la macula qui se présente ici sous la forme d'une plaque d'un rouge cerise. La perception lumineuse a disparu dans cet œil; tou-

tefois sur une petite zone du côté de la tempe le champ visuel est conservé mais l'acuité n'y est que faible. Dix mois plus tard la cécité y était devenue totale; un glaucome aigu était développé. La malade mourait un an après l'embolie, des suites de son affection cardiaque (œdème, congestion pulmonaire, cachexie).

Le globe oculaire présente au voisinage de l'équateur, plusieurs bosses ainsi qu'un ulcère cornéen superficiel récent, en voie de guérison. Sur la paroi postérieure on constate une excavation profonde et irrégulière de la papille ; derrière elle, dans l'artère centrale ouverte existe un bouchon rond. Il paraît avoir une consistance solide et ferme partout la lumière du vaisseau, sans toutefois adhérer à ses parois. L'artère présente en arrière de l'embolus un rétrécissement accentué mais sans cesser d'être perméable ; elle n'est guère altérée dans sa structure, et contient, derrière ce bouchon, un thrombus hyalin allongé très délicat.

De chaque côté de l'artère obturée et de la veine affaissée, le nerf optique est atrophié ; cette atrophie très marquée prend vers la macula de telles proportions qu'il n'en reste plus que la charpente. Les vaisseaux qui gagnent cette région sont les uns perméables, les autres thrombosés.

L'atrophie de la rétine se limite aux couches profondes de la membrane; les cellules y sont notamment en très petit nombre; il en est de même des granulations internes; la couche des fibres du nerf optique est très amincie; néanmoins, au voisinage de la papille, on reconnaît encore beaucoup de fibres. Les vaisseaux rétiniens sont ici gorgés de sang, là tout à fait vides.

Dans la choroïde au niveau des bosses déjà signalées (ectasies) atrophié très marquée, çà et là hémorrhagies. Ces altérations, de même que celles que l'on trouve dans le segment antérieur du globe, sont imputables à la myopie et au glaucôme. Quant à l'atrophie très incomplète de la rétine, elle est en contradiction avec les hypothèses jusqu'ici émises sur des conditions de nutrition de cette membrane, mais elle s'explique par des expérimentations toutes récentes. En revanche l'atrophie si prononcée du nerf optique tient à l'obstruction par thrombose des petits vaisseaux qui siègent en arrière de l'embolie.

M. Gilbert (de Bude). *Du sulfonalisme.* — Il s'agit de quatre malades qui présentaient, en outre des accidents toxiques que l'on connaît, cette particularité de former en écrivant une ligne ascendante; de gauche à droite les caractères étaient tracés d'une main mal assurée et le corps en était anguleux. C'est donc un médicament dangereux. Il y a cependant un moyen d'empêcher l'accumulation et la fatigue qui suit son ingestion. C'est de verser sur la dose que l'on prescrit de l'eau bouillante; on remue jusqu'à ce que le liquide soit un peu refroidi, mais il faut que le malade le boive aussi chaud que possible. De cette manière il ne se forme que peu

de précipité et l'absorption s'effectue immédiatement par l'estomac. Le sommeil a lieu d'ordinaire en quinze à vingt minutes.

M. Eisenlohr. *Contribution à l'anatomie pathologique du tabes syphilitique.* — Il s'agit d'un syphilitique (période tertiaire) atteint simultanément de lésion systématique typique des cordons postérieurs, leptoméningite spinale postérieure chronique, syringomyélie Voici comment l'orateur explique la pathogénie de la syringomyélie. La lésion systématique des cordons postérieurs tient naturellement à une prolifération du tissu conjonctif, cette prolifération a poussé une pointe dans la substance grise postérieure et dans les cornes postérieures; c'est alors qu'il s'est formé une cavité ou, si l'on veut, la syringomyélie, par le mécanisme habituel. Il y a donc pas eu de combinaison accidentelle du tabes à une syringomyélie préexistante. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 2.) P. Keraval.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE MOSCOU.

Séance du 15 février 1891.

MM. les Drs Tschernicheff et Minor présentent deux malades adultes atteints de *tétanie*, chez lesquels, outre les symptômes habituels, il y avait abolition des réflexes patellaires. Ces observateurs ont dans leur service, deux autres malades également atteints de tétanie; au début de la maladie, on constatait l'abolition des réflexes patellaires, et, l'amélioration étant survenue, leur réapparition.

L'apparition simultanée de quatre cas de tétanie, tandis qu'on n'en avait pas vu se manifester pendant un long espace de temps, prouverait l'influence du genius épidémicus sur la genèse de la maladie.

M. le Dr Minor, dans sa communication sur la *sciatique et les tumeurs de la moelle épinière*, appelle l'attention sur des cas d'affections de la cauda equina, au début desquelles la maladie ne se manifeste que par une sciatique unilatérale. Comme exemples, il cite les faits suivants :

a). Une paysanne, âgée de soixante-six ans, souffre depuis plus d'un an et demi d'une sciatique gauche sans complication; les derniers temps seulement, elle prend le caractère de la névrite du nerf sciatique. Plus tard, surviennent des symptômes de paraplégie avec lésion de la vessie, et ensuite une hémiplégie droite

avec surdité verbale. L'autopsie a constaté une abondante hémorrhagie au lobe temporal gauche; la pie-mère spinale présentait trois tumeurs de la grosseur d'un pois : l'une à la sortie de la douzième racine spinale, la seconde à gauche, au renflement lombaire, la troisième au cône médullaire du même côté. Une quatrième tumeur de la grosseur d'une noisette, pendait librement à l'une des racines de la cauda equina, dont le bout plongeait dans une tumeur en voie de désorganisation et partant de la prostate et du rectum. L'examen microscopique a démontré la nature cancéreuse de ces tumeurs.

b). Une malade de vingt-un ans est depuis un mois et demi atteinte d'une sciatique gauche. Dans ce cas, on avait constaté un ostéosarcome du bassin, qui atteint bientôt des dimensions énormes; elle se propage à travers l'os ilei en comprimant le nerf sciatique, et, après avoir pénétré dans le canal sacré, comprime également la cauda equina.

Outre cela, M. le Dr Minor a présenté une préparation anatomique de la partie inférieure de la moelle qu'il avait reçue soi-disant normale, mais dans laquelle il avait trouvé de petites tumeurs de la grosseur d'un grain de chanvre, ayant pour siège les racines antérieures de la cauda. L'examen microscopique a prouvé que ces tumeurs étaient des myofibromes.

Pour conclusion, M. Minor revient sur la conviction qu'il a que la sciatique est, plus souvent qu'on ne le suppose, soit le symptôme d'une maladie constitutionnelle générale, soit celui d'affections locales de la cauda, ou bien encore d'une hypérémie ou d'une inflammation circonscrite des enveloppes de la moelle.

M. le Dr Egorow. *Cas de paralysie spinale spastique.* — Il s'agit d'un syphilitique de vingt-huit ans, atteint d'une sclérose combinée des faisceaux pyramidaux, des faisceaux de Goll et, en partie, des faisceaux de Burdach. Il y avait en outre de petits foyers de sclérose disséminés et une altération des vaisseaux, symptômes propres à la syphilis du système nerveux. Le rapporteur considère la sclérose combinée de son cas, comme une lésion systématique primitive.

MM. les Drs Kojevnikoff, Darkschévitsch, Roth et Mouratoff voient plutôt dans ce cas un exemple de sclérose pseudo-systématique.

Séance du 15 *mars* 1891.

M. le Dr P. Préobrajensky. *Cas d'hémiatrophie faciale.* — La malade présentée à la société est une paysanne de vingt ans, sans prédisposition héréditaire. A l'âge de quatorze ans, il s'était formé un abcès derrière l'oreille gauche, après l'opération duquel la joue gauche avait bientôt commencé à maigrir. Chaque année, amai-

grissement progressif. Etat actuel : Côté gauche de la face d'un aspect sénil et plissé, peau amincie, disparition complète de la couche graisseuse sous-cutanée, tous les os apparents de la face plus ou moins atrophiés à la tempe gauche, où le cuir chevelu commence plus en arrière qu'à la tempe droite.

Les muscles masticateurs et mimiques du côté atteint fonctionnent normalement, et leur contractilité est normale. Tous les modes de la sensibilité intacts. Les sécrétions salivaires, lacrymales et sudorales, égales des deux côtés. La langue dévie à gauche, et le côté gauche en est considérablement atrophié ; contractilité électrique normale. Aucune lésion des autres nerfs cérébraux. Pupilles égales ; à la lumière leur réaction est conservée ; point d'exophthalmie. Léger souffle à la pointe du cœur. Derrière l'oreille gauche, une cicatrice résultant de l'acès mentionné.

L'auteur considère ce fait comme un cas d'hémiatrophie faciale proprement dite, sans aucune complication de la part du nerf sympathique, et rattache les cas de ce genre à une affection du trijumeau et spécialement des fibres trophiques qu'il contient.

MM. les Drs Kojevnikoff et Minor sont d'avis que la marche progressive de la maladie ne peut être déterminée qu'en continuant à observer la patiente, et, qu'en attendant, tous les symptômes peuvent être considérés comme un arrêt du développement du côté gauche de la face.

M. le Dr Korniloff n'admet pas que l'hémiatrophie faciale soit provoquée par une lésion des nerfs trophiques, leur existence n'étant pas prouvée.

M. le Dr Mouratoff. *Cas d'hémiatrophie faciale, accompagnée de sclérodermie.* — Il présente une malade de trente-quatre ans, sur la face et le dos de laquelle, dix-sept ans auparavant, il était apparu des taches blanches qui, plus tard s'étaient pigmentées. Dans la région occupée par les taches, la peau s'était durcie et raidie, les veines étaient fortement injectées. Cinq ans auparavant, des spasmes tantôt cloniques, tantôt toniques, s'étaient parfois manifestés, d'abord dans le muscle masséter droit, puis dans celui de gauche. Il y a quatre ans, la malade s'aperçoit que sa joue droite maigrit, et, une année après, que sa langue diminue de plus en plus de volume. La sensibilité de la face est normale. Contractilité électrique un peu exagérée du côté droit. Pupilles égales. Les particularités du fait cité consistent dans la combinaison de l'hémiatrophie faciale avec la sclérodermie et le trisme.

L'auteur admet dans ce cas l'existence d'une hypertonie des vasomoteurs, liée à une excitation des centres de la cinquième paire de nerfs. La cause excitante pourrait agir soit directement sur le centre, soit par l'intermédiaire des nerfs centripètes.

M. le Dr Darkschevitsch. En admettant la dépendance d'une

affection du nerf trijumeau, il serait plus exact de localiser la lésion à la périphérie et non au centre, à en juger d'après les données anatomiques et expérimentales (Tséléritziey).

M. le Dr Roth suppose une altération dynamique des centres moteurs et vaso-moteurs, dépendante d'une lésion périphérique du trijumeau.

M. le Dr Korniloff. Il est impossible d'attribuer à une certaine partie du centre nerveux une influence trophique simultanée sur le tissu, les muscles et les os d'une certaine partie du corps.

MM. les Drs Darkschevitsch et Pribytkoff. *Des systèmes des fibres au fond du troisième ventricule du cerveau.* — Ils distinguent trois systèmes de fibres : la commissure de Gudden, celle de Meynert et l'entre-croisement de Forel. La commissure de Gudden consiste en fibres réunissant les noyaux lenticulaires avec les corps géniculés internes des côtés opposés.

La commissure de Meynert est formée de deux systèmes de fibres : *a*). Des fibres du ruban de Reil médians, qui se dirigent vers le noyau de Luys et vers le noyau lenticulaire du côté opposé; *b*). De fibres reliant les noyaux de Luys avec les noyaux lenticulaires des côtés opposés,

L'entre-croisement de Forel consiste en fibres reliant le noyau rouge du tegmentum avec le noyau lenticulaire du côté opposé.

Séance du 12 avril 1891.

M. le Dr Préobrajensky communique deux cas de *paralysie saturnine* observés par lui à l'hôpital Catherine. Les deux malades (seize et vingt-trois ans) sont ouvriers lapidaires dans le même atelier. Ils ont eu des coliques, et les gencives présentent le liseré caractéristique. A une certaine période, dans l'un et l'autre cas, le tableau symptomatique rappelait plutôt celui de la sclérose latérale amyotrophique. Cependant, l'anamnèse et la marche ultérieure de la maladie ont mis hors de doute l'exactitude du diagnostic porté par l'auteur. Chez le premier malade, outre la paralysie (incomplète) et l'atrophie des extenseurs des doigts et de la main des deux côtés, on observait que les muscles du ténar et de l'hypoténar, ainsi que le biceps, étaient atteints du côté gauche. La contractilité galvanique et faradique n'était que diminuée. Tous les réflexes des muscles atrophiés et sains des extrémités supérieures, ainsi que les réflexes rotuliens sont exagérés; celui du tendon d'Achille est normal.

Dans le second cas, presque tous les muscles de l'extrémité supérieure droite étaient parétiques et atrophiés. A gauche, la paralysie est moins marquée; les muscles de la main sont intacts. Contractilité faradique et galvanique considérablement diminuée. Exagé-

ration des réflexes tendineux, périostiques et aponévrotiques dans les extrémités supérieures; réflexes plantaires, patellaires et du tendon d'Achille exagérés.

Dans les deux cas, le réflexe de la mâchoire inférieure était assez prononcé. Pas d'autres symptômes du côté du système nerveux. L'exagération des réflexes tendineux serait, d'après la pathogénie généralement admise de ce symptôme, en contradiction avec les altérations anatomiques de la paralysie saturnine.

MM. les professeurs KOJEVNIKOFF et KORSAKOFF. L'existence de l'exagération des réflexes tendineux dans des cas de névrites multiples, est prouvée. Elle s'explique facilement par l'irritation des centres réfléchissants.

M. le Dr DARKSCHÉVITSCH l'attribue à l'irritation exagérée des nerfs sensitifs si, en même temps, la fonction des nerfs moteurs n'est pas complètement abolie.

M. le Dr MOURATOFF présente une étude clinique et anatomique détaillée d'un cas de paralysie atrophique subaiguë des extrémités inférieures et supérieures, chez une femme de cinquante ans, morte de dysenterie, une demi-année après le début de la maladie. A son entrée à la clinique : nerfs douloureux à la pression et œdème des pieds. Sensibilité et sphincters normaux, réflexes tendineux abolis, atrophie et faiblesse des muscles du tronc, et de préférence des parties centrales des extrémités. Plus tard, l'atrophie envahit aussi les parties périphériques et le diaphragme. Contractilité faradique des muscles, directe, surtout affaiblie. N F C = F F C.

A l'autopsie, moelle et racines normales; altération parenchymateuse peu prononcée des nerfs périphériques. Atrophie à un haut degré et dégénérescence granuleuse des faisceaux musculaires avec prolifération des noyaux.

L'auteur suppose que les altérations musculaires et nerveuses sont indépendantes les unes des autres.

Toutes les paralysies atrophiques aiguës et subaiguës de nature périphérique sont, selon le degré de l'affection du système musculaire, divisés par M. Mouratoff en cinq groupes : 1). polyneuritis acutissima (paralysie de Landry); 2). Polyneuritis subacuta et chronica cum myositide consecutiva; 3). Polyneuritis acuta et subacuta cum atrophia muscularis primaria; 4). Polyneuritis et polymyositis interstitialis acuta; 5). Polymyositis acutissima progressiva.

M. le Dr KORSAKOFF trouve que, pour compléter cette classification anatomique, il faudrait encore y ajouter la classe des polymyélites. En général, il ne s'attache pas à la classification anatomique car, dans la plupart des cas, il arrive que l'agent toxique agit simultanément sur les divers éléments du système neuro-musculaire. En

clinique, il importe avant tout de déterminer le locus morbi de chaque symptôme. L'œdème, par exemple, n'est pas dans tous les cas en rapport direct avec la névrite. Dans plusieurs cas de paralysie atrophique, l'œdème dépend d'une altération directe du système lymphatique cutané par l'agent toxique.

M. le Dr Roth. L'altération primitive du système musculaire, dans le cas rapporté, n'est pas prouvée, l'état des dernières ramifications et des terminaisons nerveuses n'étant pas indiqué. M. Roth ne voit non plus aucun avantage dans la classification anatomique du Dr Mouratoff. Un certain ensemble de symptômes cliniques caractérise mieux l'action d'un agent morbide que le plus ou moins d'extension de la lésion le long de l'appareil neuro-musculaire, et pourrait mieux nous guider dans la classification des cas dont la pathogénie est obscure.

MM. les Drs Rossolimo et Korniloff partagent l'avis de MM. Korsakoff et Roth.

M. le Dr Darkschévitsch insiste sur l'importance de la classification anatomique pour une appréciation clinique plus exacte de différents cas.

P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE

IV. *Etude sur les syndrômes hystériques « simulateurs » des maladies organiques de la moelle épinière* (sclérose en plaques, paraplégie, tabes, amyotrophie, et syringomyélie) ; par A. Souques. — Thèse de Paris, 1891. — Lecrosnier et Babé, éditeurs.

Dans ce travail, fait à la Salpêtrière, sous l'inspiration de M. le professeur Charcot, l'auteur s'est proposé d'étudier certaines formes rares de l'hystérie dont l'ignorance pourrait conduire à de regrettables erreurs de diagnostic. En guise de préambule il examine comment l'association de certains troubles moteurs, sensitifs et trophiques de l'hystérie peut simuler la symptomatologie de quelques malades organiques de la moelle. Ces associations, ces « syndrômes simulateurs » peuvent reproduire, avec une fidélité parfois très frappante, les traits de la sclérose en plaque, du tabes, etc. L'auteur a pu réunir 80 faits de ce genre : une trentaine sont inédits, les autres ont été recueillis par lui dans la littérature médicale où la plupart avaient été classés par erreur sous des rubriques très différentes.

Cet intéressant travail est divisé en cinq parties, d'après un plan

uniforme. La première a trait aux syndrômes hystériques « simulateurs » de la sclérose en plaques; après avoir exposé les analogies que le tremblement, les vertiges, les attaques apoplectiformes offrent dans l'hystérie et dans la sclérose multiple, l'auteur met en relief leurs différences. Dans la deuxième il étudie de même les ressemblances et les dissemblances qui caractérisent la paraplégie spinale et la paraplégie hystérique spontanée ou traumatique. Les trois dernières parties sont consacrées à l'hystérie simulatrice du tabes, de l'atrophie musculaire, et de la syringomyélie.

Dans chacune de ces parties, l'auteur réserve une place importante aux associations hystéro-organiques (Charcot). Cette association est chose fréquente; aussi est-il nécessaire de démontrer que le malade est hystérique et rien qu'hystérique. Des erreurs commises par des cliniciens distingués montrent que la solution du problème offre parfois des difficultés quasi insurmontables. Il est vrai de dire qu'à l'heure actuelle, la connaissance de l'hystérie mâle, de plus en plus approfondie par M. le professeur Charcot, est venue faciliter la tâche. En tous cas, c'est pour avoir méconnu ou mal interprété les stigmates de l'hystérie que des médecins ont été conduits à créer un groupe d'affections dites : pseudo-sclérose en plaques, pseudo-tabes, etc., qui, d'après ces données, doivent en majeure partie rentrer dans le cadre de l'hystérie.

En résumé, il ressort de cette étude les notions suivantes : 1° Il existe des syndrômes hystériques qui peuvent simuler les maladies organiques de la moelle ; — 2° ces syndrômes simulent de toutes pièces la sclérose en plaques, les paraplégies traumatiques ou spontanées, le tabes, l'amyotrophie spinale et la syringomyélie ; — 3° il est souvent difficile, mais toujours possible de dépister la simulation par l'examen méthodique, systématique et plusieurs fois répété des antécédents, des commémoratifs, des signes actuels et de l'évolution, et par suite de faire la part, dans les cas complexes d'associations hystéro-organiques, des symptômes qui appartiennent à la névrose et de ceux qui relèvent de l'affection spinale; 4° le pronostic et le traitement sont intimement liés à la solution exacte de ces problèmes cliniques.

Cette question des syndrômes hystériques « simulateurs » ne fera évidemment que s'élargir à mesure que le diagnostic de l'hystérie deviendra plus facile et plus sûr. L'ouvrage de M. Souques tient une bonne place dans ce point particulier de l'histoire de l'hystérie et ne fait pas moins d'honneur à son auteur qu'à l'école de la Salpêtrière à laquelle il appartient. Georges GUINON.

V. *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile;* par Paul SOLLIER. — 1891. Bibliothèque de philosophie contemporaine, F. Alcan, éditeur.

M. Sollier définit l'idiotie : « une affection cérébrale chronique

à lésions variées, caractérisée par des troubles des fonctions intellectuelles, sensitives et motrices, pouvant aller jusqu'à leur abolition presque complète, et qui n'emprunte son caractère spécial particulièrement en ce qui concerne les troubles intellectuels, qu'au jeune âge des sujets qu'elle frappe ». Pour l'auteur, la clef de voûte du développement intellectuel, c'est l'attention; d'où, on le comprend tout de suite, diverses catégories d'idiotie : l'idiotie absolue : absence complète et impossibilité de l'attention; idiotie simple : faiblesse et difficulté de l'attention; imbécillité : instabilité de l'attention.

Partant de cette idée directrice, qu'il développe d'ailleurs particulièrement dans un chapitre spécial où il traite également de l'éducabilité des idiots et des imbéciles, presque aussi difficile chez ceux-ci que chez ceux-là, l'auteur passe en revue toutes les manifestations morales et intellectuelles de l'idiot et de l'imbécile. Dans le domaine de la sensibilité, il étudie les troubles de la vision, depuis le simple regard vague, qui ne fixe rien, jusqu'à la cécité absolue, la surdité vraie et la pseudo-surdité par défaut d'attention, les troubles et perversions du goût, la voracité si fréquente chez ces malades. Pour lui l'anesthésie tactile plus ou moins profonde que l'on observe chez eux tient surtout au défaut d'attention, parce qu'elle disparaît dans bien des cas où « ils sont susceptibles d'éducation, c'est-à-dire d'attention ». Grande est la différence à ce point de vue avec les imbéciles, chez qui les troubles de la sensibilité « sont sous la dépendance d'une complication nerveuse, telle que l'hystérie surtout, et ne prennent aucune part à l'arrêt du développement intellectuel ». A propos du sens musculaire, l'auteur parle des tics et des mouvements involontaires et sans but que l'on rencontre si fréquemment chez l'idiot.

Dans le chapitre qui traite des instincts, l'auteur passe en revue l'instinct de conservation, le besoin de sommeil et d'activité musculaire, l'instinct génésique et ses perversions (onanisme, sodomie, etc...). Puis vient l'étude des sentiments : plaisir, douleur, attachement à la personne qui les soigne, sentiments filiaux, sociabilité, commisération, courage, amour de la propriété, amour du travail. L'auteur fait ressortir les différences notables qui existent à ces différents points de vue entre l'idiot et l'imbécile et qui ne sont pas en général en faveur de ce dernier, qui est paresseux, voleur, égoïste, dangereux en un mot la plupart du temps. Mais s'il est menteur, il est aussi d'une crédulité invraisemblable. A côté de cela, il est plus susceptible que l'idiot de sentiments esthétiques. A la fin de ce chapitre se trouve un intéressant parallèle entre le caractère des idiots, des crétins et des imbéciles.

Un chapitre tout entier est consacré au langage et ce n'est pas le moins intéressant. Langage parlé et écrit, dessin, sont étudiés dans leur rapport avec le développement intellectuel et illustrés par des

fac-similés placés à la fin du volume et reproduisant des pages d'écriture, de calcul, de dessin recueillies par l'auteur et qui sont bien instructifs. En ce qui concerne l'intelligence proprement dite, le rôle que joue l'attention dans l'acquisition des idées, et dans la mémoire est tel que l'auteur a pu faire du degré de trouble de cette faculté la base de sa classification. Ce trouble se manifeste bien nettement dans les degrés divers de la mémoire chez les divers idiots et chez l'imbécile, dans le rappel des émotions, l'appréciation des ressemblances, la faculté de généralisation, d'abstraction, l'association des idées, l'imagination, etc..., tous phénomènes qui sont minutieusement étudiés par l'auteur. Enfin, dans un dernier chapitre, M. Sollier s'occupe spécialement de la volonté, de la suggestibilité, de la conscience et de la responsabilité morale et civile des idiots et des imbéciles.

Il est difficile de donner en quelques lignes une idée exacte de cet ouvrage, fait à Bicêtre dans le service de M. Bourneville, qui renferme la synthèse de plusieurs années de pratique et d'observation. Il intéresse les philosophes aussi bien que les médecins à plus d'un titre et il a de plus le mérite d'être le premier de ce genre qui ait été publié. Georges GUINON.

VI. *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*; par BOURNEVILLE. T. I. (Bibliothèque d'éducation spéciale.) — Bureaux du *Progrès médical*, Paris, 1891.

Ce livre, le premier d'une série qui promet d'être intéressante, comprend un certain nombre de travaux sur l'idiotie publiés de 1770 à 1840 dans divers recueils par divers auteurs qui se sont occupés de cette question. Il n'entre pas dans notre intention de donner un résumé de chacun de ces articles empruntés à Sauvages, Pinel, Fodéré, Esquirol, Belhomme, Foville, Calmeil, F. Voisin, etc., etc... Pris à part, chacun d'eux n'a évidemment qu'un intérêt historique, qui, à vrai dire, n'est pas sans importance pour les spécialistes. Mais, en les réunissant, M. Bourneville n'a pas voulu se borner à faire une sorte de compilation, d'index bibliographique de l'idiotie. Son but a été tout autre.

Depuis qu'il est à la tête de la section des enfants idiots et épileptiques à Bicêtre, dans ce service qu'il dirige de main de maître, et dont la chronique est chaque année publiée par lui et ses élèves, M. Bourneville s'est attaché à montrer quels sont les devoirs de la société vis-à-vis de ces pauvres êtres, dangereux pour eux-mêmes, dangereux pour les autres lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes, susceptibles d'éducation et d'instruction jusqu'à un certain point lorsqu'on s'occupe d'eux. D'où nécessité absolue de l'*hospitalisation* des enfants idiots et imbéciles, comme mesure de *protection* générale et individuelle, et comme moyen d'*éducation* dans la

mesure du possible. Or, la collection de ces vieux travaux sur l'idiotie et les idiots (sans parler de l'intérêt qu'ils présentent ainsi réunis, au point de vue de la pathologie, de la clinique, de l'anatomie pathologique, etc.) contribue pour une large part à la justification des idées de l'auteur.

Au point de vue de la protection et de l'hospitalisation des idiots, on trouve à chaque page des faits qui en démontrent clairement la nécessité : attentats commis par des idiots sur eux-mêmes, sur les autres, ou sur d'autres imbéciles; leur entière irresponsabilité, qui fait que des malfaiteurs se servent d'eux, en les séduisant par la satisfaction de leurs sens ou de leurs appétits, pour commettre quelque action coupable, etc... Autant d'exemples qui viennent à l'appui des idées de l'auteur et qui contribueront, espère-t-il, à vaincre la résistance qu'a toujours rencontrée auprès des autorités cette question de l'assistance des idiots.

Cette résistance vient aussi en partie de ce que l'on ne croit pas possible une amélioration sérieuse de l'état de ces pauvres êtres. Telle n'est pas l'opinion des spécialistes en la matière, ainsi qu'on le voit sans peine par la lecture des travaux publiés dans ce livre. Telle n'est pas non plus l'opinion de M. Bourneville, et pour convaincre le lecteur, il lui suffira de regarder à la première page du volume où il verra qu'il a été imprimé à Bicêtre même par ces enfants imbéciles et arriérés, que le traitement a rendus ainsi aptes à fournir au monde scientifique la preuve de leur *éducabilité*.

Georges Guinon.

VARIA

CRÉATION DE SOCIÉTÉS DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS SORTANT DES ASILES

L'an dernier, nous avons présenté au conseil supérieur de l'Assistance publique un rapport sur la création de sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles, guéris ou améliorés. Les conclusions de ce rapport, après quelques modifications, ont été adoptées par ce conseil. Le ministère de l'intérieur qui avait provoqué l'étude de cette réforme, alors qu'il était occupé par M. Ch. Floquet, a décidé d'en poursuivre la réalisation et, dans ce but, a adressé aux préfets la circulaire suivante dont nous devons la communication à M. Monod.

Paris, le 9 février 1892.

Monsieur le Préfet, Il arrive assez fréquemment que les médecins des asiles d'aliénés hésitent à provoquer la mise en liberté d'individus dont l'état mental leur paraît suffisamment amélioré pour rendre inutile leur maintien en traitement, ou qu'ils considèrent même comme guéris, dans la crainte que ces malheureux, livrés brusquement à eux-mêmes sans surveillance et souvent sans ressources, reprennent les habitudes d'existence qui ont été parfois la cause déterminante de leur maladie, et se trouvent, d'autre part, dans l'impossibilité de se procurer du travail par suite des préventions trop répandues, auxquelles sont en butte les personnes ayant passé par un établissement d'aliénés.

Mon administration, qui se préoccupe depuis longtemps des moyens de remédier à cette situation, a toujours été portée à les chercher dans l'intervention de sociétés de patronage, dont l'œuvre consisterait à surveiller et à aider l'aliéné pendant les premières phases de son retour à la vie commune. Saisi de la question, à l'occasion de l'examen du projet de loi portant revision de la législation sur les aliénés, le Conseil supérieur de l'Assistance publique a formulé, dans sa seconde session de 1891, une série de propositions dont voici le texte :

Sociétés de patronage.

Résolutions votées par le Conseil supérieur, au sujet de la création des Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles.

I. — Le Conseil émet le vœu qu'il existe dans chaque département une ou plusieurs sociétés de patronage, chargées de seconder les malades à leur sortie des établissements d'aliénés publics ou privés, et que M. le Ministre de l'Intérieur, dans une circulaire aux préfets, invite ceux-ci à favoriser, par tous les moyens, la création de ces sociétés.

II. — Les sociétés de patronage viendront en aide aux aliénés convalescents ou guéris, par les moyens suivants : secours en argent, en linge, en vêtements, outils (ces secours peuvent être hebdomadaires, mensuels, trimestriels); dégagement des objets mis au Mont-de-Piété; paiement du loyer, placement des malades dans des asiles de convalescence, dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la vie libre, ou encore, s'il y a lieu, dans les hospices; placement définitifs dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, etc..., surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé.

III. — Il y a intérêt à établir un lien entre les différentes sociétés de patronage.

IV. — Les sociétés de patronage pourront être autorisées à toucher le pécule de sortie de l'aliéné, de façon à le lui remettre en temps utile et au besoin par fractions.

En émettant ces résolutions, le Conseil était assuré de me trouver prêt à seconder la réalisation de vues qui répondent absolument aux miennes, et touchent à un des plus intéressants parmi les problèmes que l'Assistance publique doit se donner mission de résoudre.

Je n'hésite donc pas à me conformer à un des vœux du Conseil, en appelant toute votre sollicitude sur la question de l'organisation de sociétés de patronage pour la protection des aliénés sortant des asiles.

Comme l'établissait le rapport présenté au Conseil supérieur et que vous trouverez reproduit dans le fascicule 36 des travaux de cette Assemblée, ces sociétés sont bien peu nombreuses en France malgré certaines initiatives généreuses. Il y a là un progrès très désirable à poursuivre. J'attache la plus sérieuse importance à ce que vous recherchiez quels éléments d'organisation, quelles ressources particulières peut présenter à cet égard votre département, comme aussi quelles causes spéciales d'insuccès, la tentative pourrait être exposée à y rencontrer.

Je prendrai connaissance avec un grand intérêt des résultats de cette étude que je vous prie de me communiquer le plus promptement possible, en y joignant les observations personnelles que pourra vous suggérer la question.

Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Ministre de l'Intérieur,
CONSTANS.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Session de Blois, 1892.

Blois, le 1er mars 1892.

Monsieur et très honoré Confrère,

Le Congrès annuel des Médecins aliénistes de France et des pays de langue française devant se réunir en 1892 à Blois, le Comité d'organisation de cette Session, composé du bureau du Congrès de Lyon auquel ont été adjoints les Médecins aliénistes de Blois, a l'honneur de vous demander votre adhésion. La date de la réunion est fixée au Lundi 1er août.

Le programme comprendra : 1° La mise à l'ordre du jour des

questions suivantes : *Du Délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique; Le Secret Médical en médecine mentale; Les colonies d'aliénés.* Un rapport sera fait sur chacune de ces questions et sera envoyé à chaque Membre adhérent dans le mois de juillet; — 2° La lecture des mémoires ou les communications orales des Membre du Congrès sur des questions diverses touchant la médecine mentale; — 3° Les visites aux hôpitaux de Blois, à l'ancien hospices des aliénés et à l'asile départemental actuel. — Inauguration d'une infirmerie et du nouveau service des épileptiques non aliénés.

Ce programme sera rempli d'après le règlement ci-joint : La cotisation est de 20 francs. Vous voudrez bien nous faire connaître dans le plus bref délai le titre des travaux ou des communications que vous avez l'intention de nous présenter pour nous permettre de préparer le programme définitif. — Veuillez agréer, etc.

Le Président du Comité d'organisation,
Dr Boucherbau.

Le Secrétaire de la Commission locale,
Dr Doutrebente.

Le Règlement du Congrès est le même que celui des Congrès de Rouen (1890) et de Lyon (1891). Nous ne doutons pas que ce Congrès n'ait un succès égal aux deux précédents.

LES EXPLOITS D'UN FOU

Vers 2 heures de l'après-midi, avant-hier, l'un des inspecteurs d'un magasin de la rue du Pont-Neuf, apercevait un passant glisser dans sa poche un paquet de mouchoirs qu'il venait de dérober à l'étalage. Le voleur s'enfuit et l'inspecteur s'élança naturellement à sa poursuite. Avec l'agilité d'un acrobate consommé, le filou franchit d'un bond deux personnes qui tentaient de l'arrêter.

Les cris de : « Au voleur! » poussés par deux agents de la sûreté, éveillèrent sur la place Dauphine, l'attention d'un agent de ce service qui se jeta sur l'indélicat personnage.

D'un formidable coup de pied dans le ventre, le malfaiteur le renversa et, lui passant sur le corps, il poursuivit sa route. Arrêté enfin par plusieurs agents, sur le quai des Orfèvres, l'individu fut conduit au commissariat de M. Dhers.

Interrogé par ce magistrat, il déclara se nommer Antoine Ferrès, âgé de vingt-cinq ans, évadé depuis quinze jours de l'asile de Ville-Evrard, où il avait été interné comme fou.

Immédiatement conduit à l'infirmerie du dépôt, Ferrès, profitant d'un moment où ses gardiens le laissaient seul, gagna une cour intérieure, escalada le mur et, s'aidant des pieds et des mains,

atteignit le toit, d'où il redescendit dans la cour de la Permanence. En deux bonds, malgré le garde qui voulait s'opposer à son passage, Ferrès avait franchi la porte du quai de l'Horloge, et s'enfuyait à toutes jambes.

Plusieurs agents se mirent à sa poursuite, mais ce n'est que place Dauphine qu'ils rejoignirent le fuyard. Le fou opposa une résistance désespérée aux agents; cependant ceux-ci parvinrent à le maîtriser et à le ramener dans la cellule, préparée à son intention à l'infirmerie. (*Radical*, 9 janvier 1892.)

Il s'agit, dans ce cas, d'un aliéné dangereux, évadé de l'asile de Ville-Evrard depuis quinze jours. En pareil cas, c'est-à-dire lorsque des aliénés se sont sauvés des asiles, il serait nécessaire que la police s'occupât de les retrouver avec plus d'activité. Le plus souvent, ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que les malades sont réintégrés, après avoir commis des actes plus ou moins analogues à celui dont il est question plus haut.

IMPULSIONS GÉNITALES PRÉCOCES

Sous le titre « Un satyre de treize ans », l'*Eclair* du 12 février a publié le récit suivant :

A treize ans et demi, Don Juan lui-même n'en avait certes pas fait autant que le petit Léon, de la rue Séguin. Ce précoce suborneur en conte aux fillettes qu'il voit sur sa route et ne trouve que peu de cruelles. Il a obtenu, à des prix variant entre deux sous et un bonbon, les faveurs de onze candides créatures dont les noms sont connus et qui ont fait des aveux, mais combien d'autres que les parents contraignent à se taire, pour s'éviter d'avoir à faire publiquement des déclarations humiliantes.

Léon est le fils d'un brave homme qui cumule : allumeur de gaz et à la fois cordonnier. Il est souvent absent de la maison, et le jeune Léon — dont la mère a déserté le foyer conjugal — reste seul et en abuse. Il attire dans l'atelier les petites filles des environs, une à une, et polissonne. Qui s'imaginerait à quel degré de perversité est descendu cet être malingre, souffreteux, dont les treize ans en paraissent neuf?

Un jour, il rencontra la petite Marie L..., une fillette de cinq ans, qui, accompagnée de son frère Georges, de deux ans plus vieux, allait faire une commission.

— Laisse-moi ta sœur, dit Léon à Georges. Je vais l'emmener chez nous et lui donner du chocolat pendant que tu iras faire ta course.

Georges accepta, mais, pris de scrupule, il voulut voir ce que faisait Léon. Il pénétra dans la cour, se hissa jusqu'à une fenêtre d'où il pouvait tout apercevoir, et voici ce qu'il vit : Léon, déshabillé devant Marie, posait pour le torse. Georges ayant révélé sa présence, il se vêtit à la hâte et remit la fillette à son frère en lui disant : Surtout, tais-toi !...

Il y a deux jours, le frère et la sœur eurent une querelle au sujet d'un jouet. La discussion s'envenima. Georges menaça de raconter à sa mère ce qui s'était passé. La mère entendit le propos, questionna ses enfants et apprit tout.

Une autre fillette de neuf ans, Marie R..., avoua également à sa mère avoir visité fréquemment la maison de Léon. Ce dernier rémunérait la visiteuse, lui octroyant dix centimes ou quelques bonbons. Marie R... a dû être l'objet de quelques soins médicaux.

Le commissaire de police du quartier, M. Douçot, fut informé de ces faits et son enquête a révélé que l'ignoble gamin avait aussi abusé, au sens adulte du mot, d'une dizaine de petites filles du quartier. Il réunissait même quelques vauriens de sa trempe chez lui, et Casanova en herbe, il organisait des parties de plaisirs à son âge d'ordinaire interdites. Malgré son jeune âge, ce précoce passionné a été mis à la disposition de la justice.

Les cas de ce genre sont moins rares qu'on ne le suppose, peut-être moins encore à la campagne qu'à la ville. Nous avons publié dans le *Progrès médical* et reproduit dans le compte rendu de Bicêtre, pour 1884, l'observation d'un malade atteint d'instabilité et de débilité mentales avec perversion des instincts, qui avait des rapports sexuels avec six petites filles de la même famille, dont l'aînée avait treize ans et la plus jeune quatre. Alors il n'avait que douze ans.

Mort dramatique d'un aliéné.

Un tragique événement vient d'avoir lieu à l'hospice du village de La-Tour-de-France. Depuis le 8 décembre dernier, un malheureux aliéné, âgé de trente-cinq ans, François Cros, était enfermé dans un des cabanons d'aliénés de cet établissement.

Hier soir, après un accès de folie furieuse, il dut être mis en cellule. La porte n'était fermée sur lui que depuis un moment, que l'on entendit le malheureux pousser des cris affreux, qui ne cessèrent que vers minuit.

Ce matin, les gardiens en venant lui rendre visite, aperçurent le corps de l'aliéné accroché à la grille à air de la cellule, une moitié du cadavre pendait en dehors.

Pour tenter de s'enfuir, Cros avait hier soir grimpé jusqu'au grillage de la petite fenêtre de la cellule. Il passa d'abord les jambes et les cuisses, le bassin et une partie du corps à travers les barreaux qui n'avaient que douze centimètres de largeur, puis il voulut passer la poitrine, la tête et les bras. Mais les barreaux trop étroits l'en empêchèrent et il ne put plus avancer. Il voulut rétrograder et ne le put davantage.

Se voyant emprisonné entre les barreaux de la fenêtre, le fou fit des efforts désespérés; à chaque mouvement, les tringles de fer entraient plus profondément dans ses chairs. Finalement, il se démena de si malheureuse façon que sa poitrine fut défoncée et le cœur atteint par les fers du grillage.

Cette affaire a causé à Perpignan le plus vif émoi. Le gardien, qui avait manqué à son devoir en n'allant pas surveiller le fou commis à sa garde, a été renvoyé.

Le procureur de la République veut donner suite à cette affaire et il a l'intention de poursuivre correctionnellement le surveillant et peut-être les administrateurs de l'hospice Saint-Jean comme coupables d'homicide par imprudence. M. le maire de Perpignan, président de la commission de surveillance, et deux administrateurs de service ont été mandés hier au parquet et très longuement interrogés.

On ne sait si, après instruction, les poursuites seront définitivement décidées, mais vu la condition des personnes mises en jeu, l'opinion publique est vivement surexcitée. (*Bataille*, 10 janvier 1892.)

Cette affaire s'est terminée par l'acquittement de l'infirmier. Personne autre que nous sachions, n'a été poursuivi. Cet infirmier n'étant qu'un agent subalterne. Il doit y avoir dans cet hospice quelqu'un au-dessus de lui; la religieuse de sa salle et la supérieure de la communauté de la maison, à défaut d'agent administratif laïc. Nous ne voyons figurer ni l'un ni l'autre au procès. Il n'en a pas été de même à Paris dans une affaire où une infirmière avait administré un lavement d'acide phénique qui a eu des conséquences graves : non seulement l'infirmière a été poursuivie et condamnée, mais encore la sous-surveillante, qui n'y était pour rien et celle-ci même à une peine plus grave que celle-là. Si nous rappelons ces condamnations ce n'est pas pour demander des poursuites contre qui que ce soit, mais pour montrer combien la justice est parfois injuste et que l'égalité est souvent un vain mot.

D'ailleurs la responsabilité de ce fait tient-elle à la mauvaise organisation de l'hôpital de la Tour-de-France. Il est pro-

bable que là, comme dans un très grand nombre d'hôpitaux de province, les cabanons destinés aux malheureux aliénés sont écartés loin de toute surveillance. Si de tels faits, ou des faits analogues, ne sont pas plus fréquents, c'est pur hasard. Nous avons autrefois rapporté dans les *Archives* (1887, p. 172, 1888, p. 137), puis dans le *Progrès médical* (1889, p. 31), le résultat à ce point de vue, de nos visites dans un grand nombre d'hôpitaux et montré la situation abominable qui était faite aux aliénés, en attendant leur envoi dans les asiles. Nos assertions ont été confirmées par M. Napias, puis par M. Monod. Une circulaire a été adressée par M. Fallières aux préfets le 1er août 1887. L'année suivante, dans d'autres hôpitaux, nous constations la même situation indigne. Nous l'avons signalée dans nos rapports sur la revision de la loi sur les aliénés. Depuis lors nous n'avons pas eu l'occasion de visiter les hôpitaux de province. La situation a-t-elle changé ? Nous l'ignorons car, contrairement à ce qui devrait être, l'administration ne publie pas chaque année un rapport sur l'état de nos établissements de bienfaisance, et en particulier sur les asiles.

BOURNEVILLE.

SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE

Personnel médical et administratif.

Sous-directeur des affaires départementales : M. LE ROUX (Annexe Est de l'Hôtel de Ville, caserne Lobau). — *Infirmerie spéciale* du Dépôt de la Préfecture de police : M. GARNIER (P.) ; — Médecin-adjoint : M. LEGRAS; — Internes : MM. LUCAS et VIGOUROUX.

Asile clinique (Sainte-Anne), — Directeur : M. le Dr TAULE; — Service de M. MAGNAN. Internes : MM. PÉCHARMAN et TARGOWLA. — Service de M. le Pr BALL (clinique). Chef de clinique : M. PACTET; — Chef de clinique adjoint : M. SOLLIER ; — Interne : M. BOETEAU. — Service de M. BOUCHEREAU. Internes : MM. LEFÈVRE et TOULOUSE. — Service de M. DUBUISSON. Interne : M. PRIBAT. — Service hydrothérapique externe : M. DAGONET, médecin-adjoint de l'Asile. — Laboratoire de la clinique. Chef : M. le Dr KLIPPEL ; — Aides : MM. BOETTAU et CHAMPION.

Asile de Villejuif. — Directeur : M. BARROUX. — Service de M. BRIAND. Médecin-adjoint : M. SÉRIEUX; — Internes : MM. BOISSIER et LACHAUX. — Service de M. VALLON. Médecin-adjoint : M. ROUILLARD ; — Internes : MM. HANNION et LEFILIATRE.

Asile de Vaucluse. — Directeur-médecin en chef : M. Boudrie ; — Division des hommes : M. Ramadier, médecin-adjoint ; — Interne : M. Croustel ; — Division des femmes : M. Blin, médecin-adjoint ; — Interne : M. Laroussinie. — Service de M. Legrain (colonie d'enfants idiots). Interne : M. Maupaté.

Asile de Ville-Evrard. — Directeur : M. Balet. — Service de M. Marandon de Montyel. Internes : MM. Escat et Lavergne. — Service de M. Kéraval. Interne : M. Desfosse. — Service de M. Febvrè. Interne : M. Mounic.

Discours sur la médecine psychologique prononcé au congrès intercolonial de Melbourne ; par F. N. Manning. (*The Journal of mental Science*, juillet 1889.)

On trouve dans ce discours, que complètent de nombreux tableaux statistiques, des renseignements intéressants sur l'aliénation mentale et la psychiatrie dans les colonies anglaises. Nous retiendrons seulement ce fait que, dans les asiles d'Australie, la paralysie générale est beaucoup plus rare que dans les asiles d'Angleterre (1,8 p. 100 du chiffre total des malades au lieu de 8,6 p. 100). Dans les asiles de la Nouvelle-Galles du Sud, cette même proportion est de 3,4 p. 100, tandis que, pour la période quinquennale correspondante elle était en Angleterre de 8,4 p. 100. Il est à remarquer aussi que la paralysie générale paraît plus commune dans les vieilles que dans les jeunes colonies : il sera intéressant de rechercher si elle augmente de fréquence dans ces dernières. — Enfin on notera que l'épilepsie est beaucoup moins fréquente dans les asiles australiens que dans les asiles anglais.

R. M. C.

Description du nouvel hôpital de l'asile royal des aliénés de Montrose ; par James C. Howden. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1889.)

Ce court mémoire, accompagné d'un plan, donne une idée exacte de la disposition que présente la nouvelle infirmerie de l'asile des aliénés de Montrose : dans cette création, dont le besoin se faisait vivement sentir dans l'asile, les règles de l'hygiène paraissent avoir été intelligemment observées, la facilité du nettoyage, du chauffage et de la ventilation a été l'objet d'une attention toute particulière ; il est à noter toutefois que le prix de revient de cette infirmerie est très élevé, puisqu'il s'élève au chiffre de 13,000 livres sterling pour 100 malades (soit 3,250 francs par lit), sans compter les peintures et l'ameublement. R. M. C.

DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS PAUVRES DANS L'AVENIR ; par D. HACK-TUKE. (*The Journal of mental Science,* octobre 1889.)

Etude intéressante et consciencieuse comme toutes celles que l'auteur a consacrées à ce sujet ou à des sujets analogues ; nous ne saurions toutefois l'analyser ici, parce qu'elle concerne surtout le comté de York, et que d'ailleurs le mode d'assistance et de placement des aliénés pauvres en Angleterre est trop différent de ce qu'il est en France pour qu'on rencontre en pareille matière des analogies instructives ou des exemples suggestifs. R. M. C.

SUR LA MISE EN PENSION DES ALIÉNÉS PAUVRES EN DEHORS DES ASILES EN ÉCOSSE; par D. HACK-TUKE. (*The Journal of Mental Science,* janvier 1889.)

Nous résumons ici, en les abrégeant un peu, les conclusions de cette très consciencieuse étude sur un mode d'assistance qui est sérieusement expérimenté en Ecosse :

Le succès dépend entièrement du soin avec lequel on choisit les malades qui peuvent bénéficier de ce genre d'assistance, et du soin non moins grand avec lequel on choisit les personnes ainsi préposées à la garde des aliénés; on doit tenir compte de la disposition des locaux, des facilités qu'ils offrent pour recevoir le malade, et enfin, suivant le sexe et l'âge de celui-ci, de la composition de la famille où il entre; de fréquentes visites d'inspection sont en outre indispensables.

Ce serait une grande erreur de croire que le mode d'assistance soit indistinctement applicable à tous les déments et à tous les idiots; il en est beaucoup au contraire dont la place est exclusivement à l'asile.

Les qualités qu'il faut exiger des personnes ainsi préposées à la surveillance des aliénés sont assez rares pour qu'on ne puisse guère compter que l'on rencontrera beaucoup de personnes capables de les réunir dans le périmètre assez restreint où l'on peut disséminer les aliénés ainsi assistés; la même observation s'applique aux conditions de logement, etc., ci-dessus indiquées.

La nécessité de fréquentes visites d'inspection pour éviter de la part des gardiens volontaires toute négligence et toute cruauté à l'égard de leurs pensionnaires, est manifeste; il faut reconnaître que, malgré ces visites, l'application de ce système a eu dans quelques circonstances de très fâcheux résultats, et il faut peut-être s'étonner que ces fâcheux résultats ne soient pas plus fréquents.

La composition de la famille où entre un aliéné a une importance évidente ; il est manifeste par exemple qu'un ménage âgé peut sans inconvénient héberger un malade dont la présence dans une maison où il y aurait des enfants ou de jeunes femmes serait loin d'être sans inconvénient. A côté des intérêts de l'aliéné, et au

même rang, on doit placer la sécurité physique et morale de la famille qui le reçoit.

Si ces préceptes sont rigoureusement observés, il résultera de l'application (d'ailleurs toujours et forcément limitée) du système dont il s'agit, une augmentation de bien-être pour les malades et un dégrèvement considérable pour le budget de l'asile; mais si elles ne devaient pas l'être intégralement, l'aliéné devrait sans hésitation être maintenue à l'asile. R. M. C.

QUI DOIT PRENDRE SOIN DES ALIÉNÉS INDIGENTS? par le Dr MOULTON (*American journal of insanity*, octobre 1890.)

L'auteur, après un historique intéressant des différents procédés de thérapeutique de la folie employés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, en arrive à cette conclusion, que l'Etat doit prendre à sa charge les soins à donner aux aliénés indigents et les dépenses à faire dans ce but. Les aliénés seront mieux traités et les guérisons plus fréquentes que dans les cas où il ne sont soumis à aucune surveillance professionnelle, comme cela se passe dans les petits hospices. E. B.

NOUVELLE LÉGISLATION POUR LES ALIÉNÉS DANS L'ETAT DE NEW-YORK; par le Dr MACDONALD. (*American journal of insanity*, janvier 1891.)

De toutes parts les gouvernements se préoccupent, à juste titre, de la législation des aliénés et des modifications à apporter à la condition et au traitement de cette classe intéressante de malades.

L'Etat de New-York, où sont traités 16,000 aliénés plus 1,500 idiots, a promulgué en 1889-90 une récente législation mise en vigueur depuis plus d'un an. Les principales réformes ont été les suivantes :

1° Augmentation du nombre des hôpitaux d'Etat, et, en particulier, création d'un nouvel asile pour les aliénés criminels, pouvant contenir 450 malades.

2° Création d'une commission d'Etat pour la folie, destinée à exercer une surveillance gouvernementale, indépendante, sur les aliénés et toutes les institutions tant publiques que privées destinées à leur garde: l'Etat ayant pourvu à l'internement des aliénés, il est de son devoir de maintenir une surveillance systématique sur la direction des institutions qu'il a établies, dans le double but de prévenir les abus qui pourraient s'y commettre et d'assurer au public que leurs hôtes sont traités humainement et convenablement. Cette commission est composée de trois membres, un médecin, un homme de loi et un citoyen, nommés par le gouvernement avec l'avis et le consentement du sénat. Le médecin président est nommé pour six ans, le magistrat pour quatre, et le citoyen pour

deux, chacun pouvant être renommé pour des périodes subséquentes de six ans.

Cette commission, logée dans le capitole d'Etat, à Albany, est assistée d'un secrétaire, d'un sténographe, d'un agent télégraphique et de tous employés nécessaires.

Au siège de la commission est un bureau d'enregistrement où sont collectés les certificats, les renseignements et notes individuelles concernant tous les aliénés de l'Etat. C'est à ce bureau que tout directeur d'asile ou surveillant d'une institution soit publique, soit privée, devra, dans le délai de dix jours après l'admission d'un malade, produire une copie du certificat médical ou de l'ordre en vertu duquel cette personne doit être reçue, en même temps que tous autres détails requis par la commission.

La commission possède les pouvoirs les plus étendus pour examiner l'état des asiles tant publics que privés, pour se renseïgner sur les méthodes de direction, de surveillance et de traitement de leurs hôtes.

Les membres de la commission d'Etat réunissent de temps en temps en conférence les directeurs, administrateurs ou autres autorités responsables de chaque institution, pour examiner en détail toutes les questions relatives à ces institutions.

C'est de la commission d'Etat que dépend toute autorisation d'établir ou de diriger une institution destinée au traitement des aliénés.

En cas de séquestration arbitraire, de mauvais traitements ou de négligence d'un ordre quelconque, la commission désigne un de ses membres pour faire une enquête, et ce membre exerce alors des pouvoirs analogues à ceux des rapporteurs nommés par la cour suprême. Si les faits sont prouvés, la commission est autorisée à publier, au nom du peuple de l'Etat, et revêtu de son sceau, un ordre adressé au directeur de l'institution en cause, le requérant de modifier tel traitement ou d'appliquer tel remède, suivant le cas spécifié : cet ordre, avant d'être publié, doit être approuvé par un juge de la cour suprême. La commission prescrit des formules données, nécessaires à la délivrance des certificats d'aliénation mentale. Ces formules, à l'occasion, ont force de loi, et l'internement d'un aliéné par des formules de certificats médicaux autres que celles prescrites par la commission, sera regardé comme illégal.

En résumé, la surveillance et les pouvoirs de la commission en ce qui regarde les aliénés et la direction des institutions, au point de vue des soins à leur donner et de leur traitement, sont en pratique illimités, car cette commission détermine, à sa discrétion, le type des soins médicaux, le nombre des assistants, le régime, les vêtements, la discipline les formules des archives et des comptes rendus, articles et règlements de toute institution pour les aliénés, en même temps qu'elle règle, avec l'approbation du gouverneur, la

nomination et la promotion d'officiers médicaux dans les hôpitaux de l'Etat. La commission, qui fonctionne depuis dix-huit mois, a élaboré de nombreux règlements relatifs au transfert des malades d'une institution à une autre, sans renouvellement des certificats ; à l'établissement d'un tarif uniforme de paiement hebdomadaire (4 dollars 25) à effectuer par les Comtés pour le maintien de leurs malades ; au transfert des malades ; à l'abolition des distinctions entre malades privés et publics sous le rapport de l'installation et des soins, aux sorties temporaires et aux évasions.

3° Une des réformes les plus belles de la nouvelle législation est de déclarer les malades pupilles de l'État et de pourvoir au transfert des aliénés dépendant des refuges des Comtés dans les hôpitaux de l'Etat, mettant ainsi un terme aux abus et scènes scandaleuses que la fausse économie, la parcimonie, la cupidité et l'intérêt personnel avaient pu déterminer dans certains refuges de Comtés. Afin de placer dans le plus bref délai ces malades indigents des refuges de Comtés, des corps de bâtiments séparés, d'étendue modérée, seront construits sur les terrains des hôpitaux d'Etat déjà existants : on n'installera dans ces constructions pas moins de 10, et pas plus de 150 malades, et le coût de ces constructions avec l'installation complète, mobilier et matériel, ne devra pas excéder 550 dollars par tête.

L'État est divisé en districts ayant chacun un hôpital d'Etat où seront traités tous les aliénés du district.

4° Une dernière réforme de la nouvelle législation est de pourvoir à la création, dans chaque hôpital d'Etat, d'une femme médecin ayant qualité d'adjointe au corps médical régulier. E. Blin.

Obligations de la profession médicale envers la société et les aliénés ; par le Dr Everts. (*American journal of insanity*, octobre 1890.)

Le devoir du médecin est de protéger la société contre l'invasion des causes qui peuvent amener la maladie, d'en arrêter les progrès ; il y a pour lui obligation générale de connaître tout ce qui doit être évité, et, dans la limite des capacités personnelles, tout ce qui doit être connu.

Ces conditions sont-elles appliquées en ce qui concerne l'étude de l'aliénation mentale ? — Sans nier qu'il y ait, pour un praticien, dans ses relations journalières et officielles avec la société, des branches de connaissances médicales plus importantes que celles qui portent directement sur l'aliénation mentale, cette dernière présente cependant un intérêt pratique assez grand pour condamner l'état actuel non seulement d'ignorance, mais encore d'indifférence, avec laquelle elle est traitée par le plus grand nombre des praticiens.

Il est permis de se demander en effet, si des connaissances plus approfondies qu'elles ne le sont d'ordinaire sur ce point particulier de la pathologie ne permettraient pas aux médecins des familles, en les mettant sur leurs gardes, en leur donnant les qualités suffisantes pour découvrir, dans certains cas, les premiers indices d'un désordre cérébral, d'entraver dès son origine le processus morbide avant qu'il ait atteint tout son développement, et avant qu'il se soit définitivement installé en maître. E. B.

CONFESSION D'UNE JEUNE BUVEUSE DE LAUDANUM (*dose quotidienne quatre onces, en deux fois*). (*The journal of mental Science*, janvier 1889.)

Autobiographie intéressante d'une jeune fille qui absorbait quatre onces de laudanum par jour et qui, sans avoir recours à l'internement dans un asile qui avait été conseillé, a réussi, avec le concours intelligent et dévoué de sa mère, à se guérir de son redoutable penchant pour l'opium : la jeune malade décrit, d'une façon très imagée, les états douloureux et pénibles par lesquels elle a passé au moment de la suppression du poison habituel; elle signale ce fait intéressant que, à un certain moment de la cure, elle aurait pu aisément se procurer du laudanum, en raison du relâchement de la surveillance dont elle était l'objet; mais déjà elle avait recouvré une force de volonté suffisante pour vouloir guérir, et elle s'est abstenue. Un point à noter : durant la période d'intoxication chronique par l'opium, elle avait perdu toutes les mémoires, sauf la mémoire musicale : elle paraît, il est vrai, avoir été excellente musicienne. R. M. C.

LES ASILES D'ALIÉNÉS DE NEW-YORK.

La Commission nommée par le Maire d'York pour visiter les pavillons des aliénés dans les îles de Ward et Blackwell, a trouvé que dans les onze constructions aménagées pour les malades atteints de folie à des degrés différents, on peut y loger au plus 1,091 pensionnaires, bien qu'actuellement 1,817 aliénés y soient entassés. Chaque pièce particulière de l'asile principal contient de 4 à 6 lits, alors qu'elle ne devrait en contenir qu'un seul. Les corridors eux-mêmes qui étaient pourvus, dès l'origine d'alcôves destinées à servir de lieu d'attente, sont garnies de lits rangés le long des murs, ils sont si près les uns des autres que les malades sont obligés de se servir d'escabeaux pour grimper dans leur lit.

Dans le pavillon, désigné sous le nom de « *Pavillon des fous dangereux* », environ 280 infortunés sont entassés dans des chambres qui ont été à l'origine aménagées pour 190 personnes. (*The Boston med. and Surg. Journal*, 4 fév. 1892, p. 128.)

Comme on le voit ce n'est pas seulement en France, en particulier dans le département de la Seine, que les asiles sont encombrés.

DE L'ALIÉNATION MENTALE CHEZ LES GENS DE COULEUR AUX ÉTATS-UNIS; par A.-H. WITMER. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVII, 5.)

Avant la guerre de 1861-1865, il n'y avait si l'on en croit les allégations de ceux qui possédaient des esclaves, parmi les gens de couleur, que des idiots et des épileptiques, mais pas d'aliénés. Et, en effet le recensement général de 1860 donne 760 aliénés de couleur, sur une population totale de 4,441,830. Celui de 1870 fournit sur 4,880,009 individus de couleur, 1822 aliénés. En 1880 sur une population de couleur de 6,580,793, on note, 6,157 aliénés. L'aliénation mentale a donc continuellement progressé chez les gens de couleur depuis l'abolition de l'esclavage; la proportion s'en rapproche de celle des blancs qui d'après le recensement de 1880 est de 1 : 500. On conçoit du reste que, devenus libres, les nègres aient surtout au début, eu plus à souffrir que les blancs ou, tout au moins, autant qu'eux, des éléments psychoperturbateurs de la lutte pour la vie et de la civilisation. Les formes psychopathiques sont à peu près les mêmes chez les gens de couleur et les blancs. Les tentatives de suicide sont rares chez eux.

Statistique du Government Hospital for the Insane
Du 1er janvier 1855 au 30 juin 1889.

A. — *Par maladies :*

GENS DE COULEUR
906 admissions
Soit : 532 H.
374 F.
906

Manie aiguë	365
Manie chronique	149
Mélancolie	93
Démence	147
Démence sénile	29
Démence épileptique	50
Paralysie générale	38
Imbécillité	23
Dipsomanie	12

B. — *Sorties :*

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Par guérison	165	90	255
Par amélioration	49	49	98
Non améliorés	12	3	15
Morts	192	140	332
	918	282	700
C. — *Restants en traitement :* Au 30 juin 1889	114	92	206
	532	374	906

P. KERAVAL.

VOYAGE DE PSYCHIATRIE AGRICOLE EN SUISSE ; par FLAMM. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, *X*, 1.)

Narration toujours poétique et souvent humoristique. Parti de Pfullingen dans les derniers jours de mai, l'auteur gagne Gattingen et Waldburg d'où il visite l'asile de Weissenau en reconstruction pour 500 aliénés chroniques, passe à Saint-Pirmnisberg où il étudie la colonie alpine de Saint-Margurethenbesq, annexe de l'asile de curables et d'incurables de Saint-Gall, et le voilà à Zurich. Il loue fort l'asile de Mœnigsfelden, à Langenthal; il consacre une journée à l'asile de Saint-Urbain (du canton de Lucerne) ainsi qu'à sa colonie d'aliénés près Berne, c'est l'asile de traitement et d'hospitalisation de Waldau qu'il l'occupe. Il s'arrête encore à l'asile de Soloshurn et présente comme un modèle le nouvel asile cantonal de Bâle. Puis il se dirige sur Fribourg-en-Brisgau et consacre de longues pages à l'*asile agricole de traitement et d'hospitalisation d'Emmendingen* construit et organisé, dit-il, sur le modèle de celui d'*Alt. Scherbitz*. On peut écrire un livre sur cet établissement sans arriver à le décrire. Tous les organes d'hygiène médicale relatifs à l'air, à l'eau, au sol, à la destruction des germes morbides, le choix de l'emplacement, le système de construction, des pavillons des malades, le chauffage, la ventilation, l'alimentation d'eau et la canalisation sont conformes aux indications les plus modernes. Tout y est grand et scientifique, c'est un institut mis au service de l'humanité dans lequel on a mis en pratique les grandes idées médicales, hygiéniques, sociales, administratives. On lui a consacré bien des peines ; on y a dépensé beaucoup d'argent; ces sacrifices sont amplement récompensés. Les badois peuvent s'en enorgueillir Citons : deux pavillons d'isolement pour maladies contagieuses, les ateliers d'hommes et de femmes, des habitations à rez-de-chaussée pour épileptiques, des habitations de malades tranquilles, bien séparées des agités et du va-et-vient de l'établissement, enfin l'installation d'une étuve de désinfection. Une colonie séparée est reliée à l'asile par un téléphone et des moyens de transport, dans laquelle une bonne discipline facilite le fonctionnement des rouages administratifs ; la même largeur de vues, la même précision scientifique a présidé à son organisation et à son agencement. Le voyage se termine par l'étape de Fribourg et l'arrêt de M. Flamm à Strasbourg où se tient du 5 au 11 juin l'exposition agricole. Il ne quitte pas l'Alsace sans examiner l'annexe de Stephansfeld, l'asile de Hardt, qu'il admire. P. KÉRAVAL.

ALIÉNÉ ASSASSIN.

Un assassinat a été commis, en septembre 1891, à l'asile d'aliénés de Kielf (Russie). Un nommé Tichansky, ancien étudiant en méde-

cine de la Faculté de Wladimir, interné depuis cinq ans dans la section des agités, a tué un autre pensionnaire de cette section, un nommé Gontscharoff, âgé de cinquante-trois ans. La veille du crime une vive discussion, accompagnée de coups, s'est élevée entre les deux malades, mais ils ont été aussitôt séparés. Calmes en apparence, ils se sont couchés comme d'habitude. Le lendemain matin, les deux malades sont sortis au jardin, mais, quelques minutes après, Gontscharoff est rentré au dortoir et s'est couché dans son lit. Lorsque, pendant la visite, le médecin du service s'est approché de Gontscharoff, celui-ci n'était plus qu'un cadavre. L'examen du corps a démontré l'existence de plusieurs blessures sur la tête et la fracture de toules les côtes du côté droit. Il paraissait évident que le malade avait succombé à la suite des coups qui lui ont été portés par Tichanski. Ce dernier est sequestré, comme nous l'avons dit, depuis cinq ans, et on n'a aucun espoir pour sa guérison. Il ne supporte pas la moindre contradiction, il s'irrite aussitôt et se jette comme un impulsif sur son interlocuteur. Il manifeste d'ailleurs la plus grande indifférence pour le crime qu'il a commis.

J. Roubinovitch.

L'AFFAIRE DOURCHES

Hier, devant la dixième chambre correctionnelle du tribunal civil de la Seine, comparaissaient deux des personnes qui ont pris part, le 22 novembre dernier, à l'enlèvement de Villejuif : Achille Dourches, dix-neuf ans, frère de Louise Dourches, et Eugène Dourches, trente-cinq ans, son cousin. Ils étaient poursuivis pour violences et voies de fait.

La prévention leur reproche d'avoir, en procédant à l'enlèvement de M^lle^ Dourches, malmené onze surveillantes ou infirmières de l'asile de Villejuif, dont quelques-unes auraient été assez grièvement blessées, et trois pensionnaires de l'asile. Voici, d'après la procédure, les faits qui sont reprochés aux prévenus :

Le 22 novembre, à neuf heures du matin, au moment où soixante-quatre pensionnaires, surveillées par quatorze infirmières, se rendaient à l'église de l'asile de Villejuif, la femme Dourches, son fils Achille, âgé de dix-neuf ans, Eugène Dourches, son parent, Vincent Ardizon, camarade de celui-ci, et Wallinger, loueur de voitures, se tenaient au coin de la rue Moustier, attendant le moment favorable. Toutes les dispositions étaient prises, une voiture attendait, préparée pour recevoir la fugitive et la ramener rapidement à Paris.

Puis le document judiciaire montre la scène de l'enlèvement que nos lecteurs connaissent déjà (voir n° 67, p. 131) et continue en ces termes :

Eugène Dourches s'est montré si violent qu'il a atteint et blessé onze infirmières : la dame Piquet a eu la lèvre coupée, la dame Laget une contusion au front, la femme Rouvray a été atteinte dans la région dorsale et a subi une hémoptysie assez abondante; quant aux femmes Bastien, Course, Guillemot, Pougelard, Eon, Enaux, Ledeur et Liourne, elles ont des contusions sans gravité. Trois pensionnaires ont été blessées dans la bagarre. Eugène Dourches a joué le rôle le plus actif dans cette inqualifiable agression.

Quinze témoins, neuf infirmières, une ancienne pensionnaire de l'asile, quatre médecins-aliénistes et le directeur de l'asile de Villejuif, sont assignés à la requête du ministère public.

Me Maupoix et Me Fontaine de Rambouillet sont au banc de la défense. M. le substitut Trouard-Riolle occupe le siège du ministère public. Les débats sont présidés par M. Richard.

M. et Mme Dourches, le père et la mère de Louise, n'ont pas été compris dans les poursuites. Ils vont, paraît-il, introduire, devant le tribunal civil, une requête en autorisation d'assigner le préfet de la Seine, et, en tant que besoin, le directeur de l'asile Sainte-Anne, où leur fille se trouve en ce moment enfermée, aux fins d'obtenir la mise en liberté de la prisonnière. Sous réserve de dommages-intérêts à l'égard de qui de droit.

A une heure et demie, l'affaire est appelée. Tout d'abord, M. Eugène Dourches reconnaît différentes condamnations pour vol et violences.

— J'étais un enfant à cette époque, dit-il, et, depuis, j'ai bien racheté ce triste passé!

— C'est vrai, réplique M. le président; mais cela prouve une certaine violence de caractère. Saviez-vous dans quelles circonstances Mme Dourches mère avait fait interner sa fille?

R. Je les ignorais. Je ne savais qu'une chose, c'est qu'elle l'avait fait enfermer pour maladie.

D. Etiez-vous allé voir votre cousine à l'asile?

R. Oui, et elle ne m'avait point semblé folle.

D. Mme Dourches vous a-t-elle parlé des démarches qu'elle avait faites pour reprendre sa fille?

R. Oui, et comme on la lui avait refusée, elle me dit : « Nous pourrons la prendre facilement, à Villejuif même, au sortir de l'asile, quand elle va à l'église. Tu te présenteras pour l'embrasser dans la rue, comme font journellement les parents, et comme tu

es grand, tu la prendras facilement dans tes bras et tu l'enlèveras. »

D. Et qu'avez-vous fait?

R. Tout ce que ma cousine m'avait dit. A peine ai-je eu embrassé Louise, toutes les surveillantes se sont jetées sur moi pour m'étrangler. Bref, je n'ai plus pu bouger.

D. Vous avez frappé les infirmières?

R. Ma foi, je ne sais pas ce que j'ai fait, tant j'étais suffoqué par cette multitude d'au moins quatre-vingts femmes!... Bref, je n'ai eu d'autre ressource que la fuite! (*Hilarité prolongée.*)

D. Vous avez entraîné Mlle Dourches dans cette fuite?

R. Ce n'est pas moi, car j'étais mort aux trois quarts. (*Nouveaux rires.*)

D. Et qui donc?

R. Son frère, venu à mon secours.

D. Vous auriez dû savoir que les actes de l'autorité sont respectables quand ils sont éclairés.

Achille Dourches reconnaît à son tour avoir été condamné pour vol à l'étalage, en 1890.

— J'ai racheté cette faute, dit-il.

M. LE PRÉSIDENT. — En abandonnant votre famille et en comparaissant aujourd'hui pour la seconde fois en police correctionnelle.

R. Cette fois, je ne crois pas avoir commis de délit. Ma mère m'a dit : « Ta sœur est guérie, on refuse de me la rendre, allons la chercher! » J'y suis allé. Je ne crois pas avoir mal fait.

Achille Dourches n'est d'ailleurs intervenu dans l'enlèvement qu'au moment où il a vu son cousin entouré par les infirmières.

— Je n'ai pas cogné, dit-il. C'est moi qui ai reçu des coups tellement violents qu'il m'en est résulté des abcès.

M. LE PRÉSIDENT. — Ma foi, les infirmières se sont défendues.

Le premier témoin entendu est Mme Dourches, la mère de Louise.

M. LE PRÉSIDENT. — En 1890, votre fille s'est éprise d'un chanteur de café-concert, nommé Lucien, qui était, la première fois qu'elle l'a vu, affublé d'un magnifique costume de mousquetaire. Ce costume a produit sur elle une grande impression. Bien qu'elle n'eût jamais parlé à ce chanteur qui ignorait la passion qu'il avait inspirée, elle se mit en tête de devenir sa femme.

Lorsqu'elle apprit qu'il était marié, il se manifesta chez elle des troubles cérébraux. Elle n'eut plus conscience de ses actes. Elle s'imagina être victime d'une cartomancienne qui lui transperçait

le cœur à coups d'épingles et qui tenait sequestré l'homme qu'elle aimait.

Dans la journée, elle poussait des cris : « On tue Lucien ! Il faut prévenir la police, » disait-elle. Elle s'imaginait que des voisins l'électrisaient de loin et la magnétisaient pour la dominer. Alors, sur le conseil de M. Robin, votre propriétaire, et de M. Jaillard, un de vos amis, vous avez, à l'insu de votre mari, qui travaille à Puteaux, sollicité au mois de novembre l'internement de votre fille à l'Asile clinique. Est-ce exact?

R. — Oui, monsieur.

Mme Dourches, en compagnie de M. Robin et de M. Jaillard, se présenta, le 19 novembre, chez le commissaire de police du quartier du Père-Lachaise. Elle raconta au magistrat que sa fille tenait depuis quelque temps des propos tout à fait déraisonnables. Aussi sollicitait-elle le placement de Louise dans un asile d'aliénés.

Sur le certificat du Dr Arduin, la jeune fille fut conduite au Dépôt. Là, elle fut aussitôt l'objet de l'examen du Dr Legras, qui reconnut que la malade était atteinte tout à la fois d'hallucinations très vives et du délire de la persécution. Le rapport du Dr Legras parvint le 20 novembre entre les mains de M. Lozé qui, immédiatement, prit un arrêté ordonnant le transfert de Mlle Louise Dourches à l'Asile clinique où elle fut examinée par le Dr Magnan, puis envoyée à l'Asile de Villejuif. Aussitôt arrivée dans cet établissement, la malade y fut examinée par M. le Dr Briand qui, comme les autres médecins, conclut à la folie de la jeune fille.

Mme Dourches déclare qu'à la suite de l'internement de sa fille et de son transfèrement de Sainte-Anne à Villejuif, il y eut des scènes violentes entre son mari et elle.

M. le Président. — Vous avez dit à votre mari que la guérison serait une affaire de peu de temps?

R. — Oui monsieur. Je croyais que, dans un mois, ce serait fini. J'attendis. Au bout d'un an on ne m'avait pas rendu ma fille, malgré plusieurs demandes. Un jour, j'ai appris qu'un enlèvement avait eu lieu à Villejuif. Ça m'a donné l'idée d'en faire autant.

M. le Président constate que le témoin s'est adressé non pas à son mari, mais à son cousin et à son jeune fils. Il ajoute :

— Le fait d'avoir détourné un malade d'un asile ne constitue pas un acte contraire au code pénal. Vous êtes citée ici comme témoin seulement et non comme prévenue, parce que, personnellement, vous n'avez pas usé de violences.

Mme Dourches raconte la scène de l'enlèvement. Elle est connue de nos lecteurs (V. p. 131).

M. LE PRÉSIDENT. — Ce n'est pas la préoccupation absolue de la santé de votre fille qui vous a guidée. Vous vouliez surtout ramener le calme dans votre ménage.

Mme Dourches affirme que du jour de l'enlèvement au jour où on lui a repris sa fille, Louise n'a donné aucun signe de dérangement mental.

— Elle travaillait comme une négresse.

Sur interpellation de Me Fontaine de Rambouillet :

— Ma plus jeune fille m'a fait remarquer qu'Eugène et Achille étaient enveloppés par les infirmières et les malades. Alors je me suis approchée ; il y avait un tas de femmes, une trentaine au moins, accrochées après Louise ; je leur ai dit : « C'est ma fille ! Donnez-moi ma fille. » Je la leur ai arrachée.

Le témoin se plaint des procédés employés par la police, le 7 janvier dernier, lorsque l'administration a remis la main sur la jeune fille.

— Le matin, à cinq heures et demie, on a frappé à ma porte. Il y avait là six hommes. Un d'eux m'a dit : « Nous sommes de la police. Ouvrez votre porte ; si vous ne l'ouvrez pas, nous l'enfonçons. » J'ai ouvert. Ils ont ordonné à mon fils Achille et à Louise de s'habiller.

Le président donne lecture du rapport des agents qui déclarent qu'après les avoir menacés d'aller se plaindre au *Petit Journal*, Mme Dourches les a remerciés « du tact et du ménagement » apportés par eux en cette circonstance.

Les deux cloches n'ont pas le même son.

M. Barroux, directeur de l'asile de Villejuif, déclare qu'aussitôt que l'enlèvement a été connu de lui, il a télégraphié à la préfecture de police en signalant Louise Dourches comme une malade à réintégrer.

C'est ensuite le défilé des surveillantes et infirmières auxquelles Eugène et Achille Dourches ont fait des blessures plus ou moins graves. Une ancienne pensionnaire de Villejuif, sortie depuis peu de l'asile, raconte les faits du 22 novembre. Elle a, dit-elle, été frappée à la tête.

— Tenez ! dit Eugène Dourches en la montrant ! ça lui a donné une commotion telle qu'elle a été guérie. (*Hilarité.*)

Le président rappelle le prévenu aux convenances. On entend le brigadier de gendarmerie de Villejuif, M. Dietrich, qui a maintenu Mme Dourches à sa disposition toute la journée. Enfin M. Robin, un de ceux qui, en 1890, ont assisté la mère dans la demande d'internement, déclare qu'il a entendu dire que pendant les sept

semaines qu'elle a passées dans sa famille, après l'enlèvement, Louise était très calme, très travailleuse et n'avait aucunement l'esprit dérangé.

Aux médecins, maintenant. Le Dr Briand, après quelque temps de séjour à l'hospice a constaté chez la malade une certaine amélioration.

Le Dr Vallon. — Vers le mois de septembre 1891, Mme Dourches mère, prétendant que sa fille était guérie, sollicita de l'administration la mise en liberté de Louise. Le préfet de la Seine prescrivit immédiatement un examen des facultés mentales de la jeune fille. Le 14 septembre 1891, j'ai rédigé un rapport aux termes duquel Mlle Louise Dourches était déclarée toujours atteinte d'hallucinations et du délire de la persécution. En conséquence, la demande de mise en liberté formée par la mère de la malade fut repoussée.

Le Dr Garnier. — Aujourd'hui Louise Dourches se tient convenablement. Mais, à mon avis, ce n'est que par suite d'une illusion que certaines personnes déclarent qu'elle est guérie. C'est là une illusion dangereuse à la fois pour la malade elle-même et la sécurité des personnes, car rien n'est fait pour la traiter et la surveiller, alors qu'il s'agit de troubles intellectuels qui, par leur nature, peuvent provoquer des actes dont Mlle Dourches ne pourrait être déclarée responsable. J'estime que, soustraite par la violence à un traitement et à une surveillance que le désordre de ses facultés mentales rendait absolument nécessaires, elle devait être réintégrée dans un asile d'aliénés.

Le Dr Magnan. — Louise Dourches va mieux, mais elle conserve des idées délirantes, il faut donc qu'on la laisse tranquille. C'est pourquoi je me suis énergiquement opposé, par crainte de provoquer chez elle une excitation dangereuse, aux visites de la mère et à celles de l'avocat (*Hilarité.*)

Me Fontaine de Rambouillet. — M. le Dr Magnan pense-t-il qu'il soit salutaire pour la malade d'aller l'arracher de sa famille à cinq heures du matin?

M. Magnan. — En agissant ainsi, on a commis une faute égale à celle qu'on avait commise en procédant à son enlèvement. Si on n'avait pas surexcité cette pauvre fille, il est probable qu'elle serait aujourd'hui guérie et en liberté.

M. Dourches père travaille à Puteaux. Il va chez sa femme tous les huit ou quinze jours. Le témoin déclare qu'il n'a pas connu, au mois de novembre 1890, la demande d'internement adressée par sa femme.

— Je n'ai, dit-il, jamais rien remarqué dans l'état mental de ma fille. A ma connaissance elle n'a commis aucune sottise. Elle a

voulu se marier avec un homme qui lui plaisait. Que voulez-vous? Ce n'est pas une raison de folie.

De nombreux voisins ou amis de la famille Dourches, des personnes qui ont employé Louise pendant ses sept semaines de liberté, affirment qu'elle ne leur paraissait pas folle.

M. le substitut Trouard-Riolle demande au tribunal de faire un exemple. Les infirmières et les surveillantes chargées d'un service public ont été brutalement maltraitées pour avoir courageusement accompli leur devoir. Un châtiment s'impose.

L'honorable organe du ministère public estime qu'Eugène Dourches, en raison de son âge et du rôle prépondérant qu'il a joué en cette affaire, doit être plus sévèrement puni que son cousin. Ce dernier a d'ailleurs été influencé par sa mère.

Me Fontaine de Rambouillet, dans sa défense d'Eugène Dourches, tombe à bras raccourcis sur les procédés employés par la police pour s'emparer de nouveau de Louise Dourches. Il donne lecture d'un arrêt de la cour de Besançon qui dit :

— Lorsqu'une personne est sortie ou s'est évadée d'une maison d'aliénés et qu'il s'est écoulé quelque temps depuis lors, la liberté reconquise devient pour cette personne un droit auquel on ne peut porter atteinte sans remplir toutes les conditions et formalités requises par la loi pour un internement.

Me Maupoix présente ensuite la défense d'Achille.

Le tribunal condamne Eugène Dourches à trois mois et Achille Dourches à quinze jours d'emprisonnement.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations.* — Arrêté du 30 décembre 1891. — Le Dr Bonnet (Joseph), interne de l'asile public de Villejuif, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics (concours de Lyon du 10 décembre 1891), nommé médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Robert (Isère), est compris dans la 2e classe. — Arrêté du 10 janvier 1892. M. le Dr Charon, interne à l'asile public de Bonneval (Eure-et-Loir), déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics (concours de Lille du 10 décembre 1891), nommé médecin-adjoint à l'asile

public de Bailleul (Nord), est compris dans la 2e classe. — Arrêté du 19 janvier. M. le Dr CHARDON, ancien interne à l'asile public d'Armentières, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics (concours de Lille du 10 décembre 1891), nommé médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est compris dans la 2e classe. — Arrêté du 19 janvier. Sont promus à partir du 1er janvier 1892 : à la 1re classe : M. BARROUX, directeur de l'asile public de Villejuif; — M. le Dr CAMUSET, directeur-médecin à l'asile public de Bonneval (Eure-et-Loir). — A la classe exceptionnelle : M. le Dr VERNET, médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Luc (Basses-Pyrénées). — Arrêté du 22 janvier. Sont promus à la 1re classe : M. le Dr ROUILLART, médecin-adjoint à l'asile public de Villejuif, à partir du 1er janvier 1892; — M. le Dr SÉRIEUX, médecin-adjoint à l'asile public de Villejuif à partir du 1er avril 1892.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le concours pour la nomination à huit places d'internes en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine s'est terminé par les nominations suivantes. Internes titulaires, MM. : 1. Lachaud; 2. Escat; 3. Lefilliâtre; 4. Mounlie; 5. Croustel; 6. Lersergne; 7. Maupâté; 8. Desfaise. — Internes provisoires, MM. : 1. Gosselin; 2. Ecart; 3. Nollet; 4. Lemaître.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — La deuxième session du Congrès international de psychologie expérimentale se tiendra du 2 au 5 août prochain, à Londres, sous la présidence de M. Henry Sigdwick.

ONZIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE. — Dans ce Congrès, qui se tiendra à Leipzig du 20 au 23 avril 1892, les questions intéressant la neuropathologie seront les suivantes : *Thérapeutique suggestive* (M. Binswanger). *Suites de l'excision de gros fragments de la moelle épinière* (MM. Goltz et Ewald). *Traitement de l'alcoolisme* (M. Vucetic). *Diabète pancréatique expérimental* (M. Minkowski).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Parmi les sujets proposés aux concours se trouve : *Histoire, indications et contre-indications, technique et résultats de la trépanation crânienne*, prix, 800 francs; clôture du concours : 15 septembre 1892. *Faire l'étude des fonctions du corps thyroïde*, prix 500 francs; clôture du concours : 1er février 1893. *Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie*, prix, 4.000 francs; clôture du concours : 1er février 1894. Des encouragements de 300 à 1 000 pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité ce prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25 000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 4 000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des cen-

tres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

DÉLIRE ALCOOLIQUE. — La nuit dernière, à minuit, les passants fuyaient affolés devant un individu qui, installé place Voltaire et tenant un revolver à la main, déchargeait son arme à tort et à travers. Tournant ensuite sa fureur contre la statue de Ledru-Rollin, installée à cet endroit, l'homme se mit à tirer sur le bronze. Des agents s'emparèrent du forcené. C'est un nommé Gustave L..., âgé de vingt-six ans, demeurant à Charonne. Il était ivre et a allégué pour sa défense que Ledru-Rullin l'avait insulté.

ASILES POUR ALIÉNÉS CRIMINELS EN ITALIE. — La semaine dernière, le Sénat a voté la loi sur les aliénés, aux termes de laquelle (art. 38) il est établi des asiles pour criminels (*manicomi giudiziari*) (*Sem. méd.*).

MUSÉE D'ANTHROPOLOGIE ET D'ETHNOLOGIE DE FLORENCE. — Sur l'initiative de M. Mantegazza, il vient d'être annexé au Musée d'anthropologie et d'ethnologie de Florence une section psychologique dans laquelle seront réunis tous les objets, documents et appareils relatifs aux divers sentiments humains ; amour, cruauté, esprit religieux, luxure, orgueil, etc. (*Sem. méd.*)

LES BÈGUES. — M. le Dr Chervin, dont les travaux sur le bégaiement sont bien connus, a fait récemment, dans le service de M. Raymond à Lariboisière, une très intéressante leçon sur les symptômes caractéristiques de cette affection spéciale. M. Chervin s'est efforcé d'apporter de la précision dans l'expression de bégaiement qui a des acceptions aussi élastiques que possible, puisqu'elles vont depuis les premières hésitations du langage de l'enfant jusqu'à la parole embarrassée des paralytiques généraux.

Pour M. Chervin, les symptômes caractéristiques du bégaiement proprement dit sont au nombre de cinq, savoir : 1° début dans l'enfance ; 2° troubles respiratoires plus ou moins marqués ; 3° intermittence ; 4° disparition totale dans le chant ; 5° indépendance absolue avec les troubles quelconques des organes sensitivo-moteurs.

En terminant, M. Chervin a rappelé la méthode suivie à l'Institution des bègues de Paris pour la guérison du bégaiement. (*Fr. méd.*)

L'INTERDICTION DES SÉANCES PUBLIQUES D'HYPNOTISME. — Nous lisons dans l'*Eclair* du 25 janvier : Le docteur Bérillon a donné hier matin, à neuf heures, à la clinique de la rue Saint-André-des-Arts une très curieuse séance d'hypnotisme. Nous avons reconnu dans l'assistance l'infante dona Eulalia de Bourbon, le marquis de Hijar et plusieurs personnes de la suite de la princesse. L'infante dona

Eulalia a paru prendre un vif intérêt à cette séance. — Sans commentaires.

Une fâcheuse expérience d'hypnotisme. — M. X... dort depuis trois jours, depuis que le professeur Z... l'a endormi dans une séance d'hypnotisme qu'il donnait dans un café. Cette séance eut lieu au cours de laquelle le professeur Z... hypnotisa plusieurs consommateurs avec des fortunes plus ou moins heureuses. M. X... se montrait sceptique; ce magnétiseur se piqua au jeu, il lui fit les passes traditionnelles, et le patron vaincu tomba dans un sommeil dont le professeur lui-même n'a pu encore le tirer. Les médecins, qui ont été appelés, n'ont pu avoir raison de ce dormeur qui inquiète son entourage, car il a des crises nerveuses qui semblent le faire beaucoup souffrir. Voilà un incident qui va renforcer les arguments des médecins qui demandent l'interdiction des séances publiques d'hypnotisme. (*L'Eclair.*)

Crime et folie. — On se rappelle le drame de Chantelle, à la suite duquel Delphine Prévost, femme Achet, née à Paris en 1857, accusée d'assassinat commis le 17 octobre 1890 sur la personne du notaire Lépine, avait été condamnée par la Cour d'assises de l'Allier, à douze ans de travaux forcés. Elle avait été envoyée, le 27 juin 1891, à la maison centrale de Montpellier. Elle y tomba malade à plusieurs reprises. Depuis quelque temps, elle donnait des signes de dérangement d'esprit. Après examen médical, il fut constaté qu'elle était atteinte d'aliénation mentale. En conséquence, elle a été conduite à l'Hôpital général, quartier des folles. (*Progr. méd.*)

Hôpital pour épileptiques. — Le Gouverneur du Massachusetts a envoyé un message au parlement dans lequel il demande la construction d'un hôpital de l'État pour les épileptiques adultes, en y joignant le rapport du comité de la société médicale du Massachusetts, nommé pour étudier la question. Le bureau du Conseil d'État chargé des établissements d'aliénés et de charité a tenu compte de la recommandation. Le Gouverneur dit en concluant : « Selon moi, les faits établis et les raisons données dans la communication de la commission donnent droit à une action favorable et prochaine. Je recommanderais surtout que l'établissement, s'il est fondé, fût érigé sous forme de Cottage Hospitals. » (*The Boston med. and surg. Journ.*, 4 fév. 1892. p. 129.)

Nécrologie. — M. le Dr Despine (de Marseille), à qui l'on doit de nombreuses et intéressantes études de psycho-physiologie et de pathologie nerveuse (*la psychologie naturelle; étude scientifique sur le somnambulisme; de la contagion morale; de l'imitation*, etc., etc...). M. Alfred Maury, ancien professeur d'histoire et de morale au Collège de France, directeur général des Archives nationales,

membre de la *Société médico-psychologique*, et auteur de nombreux travaux interprétant les sciences et la médecine, entre autres : *le sommeil et les rêves; la magie et l'astrologie dans l'antiquité et au moyen âge; croyances et légendes de l'antiquité; légendes pieuses au moyen âge; responsabilité partielle; crétinisme; écrits des aliénés*, etc..., etc...

Asile d'aliénés. — Le tribunal civil d'Avignon vient de condamner M. Bresson directeur de l'asile d'aliénés de Mont-de-Vergues, et M. Bret, préfet de Vaucluse, à 400 francs d'amende pour une méprise administrative des plus regrettables. Il y a quelque temps, la famille Réboul, de Roquemaure, était informée de la mort d'un de ses membres qui y était interné. Les obsèques eurent lieu et les parents prirent le deuil. Or, on s'aperçut quelques jours après l'enterrement, que Réboul, de Roquemaure, était vivant; c'était un autre aliéné du même nom qui était mort! De là plainte de la famille et condamnation. Georges Guinon et J.-B. Charcot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Blocq (P.) et Onanoff (J.). — *Maladies nerveuses (séméiologie et diagnostic)*. Volume in-12 cartonné de 531 pages, avec 88 figures. — Prix : 5 fr. — Paris, 1892. — Librairie G. Masson.

Buzzard (Th.). — *On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system*. Volume in-12 cartonné de 113 pages. — London, 1891. — J. et A. Churchill.

Index-Catalogue *of the library of the surgeon-general's office United States Army*. Vient de paraître le volume XII : Reger Shuttleworth. Volume in-4° cartonné de 1004 pages. — Washington, 1891. — Government printing office.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1890, par Bourneville, médecin de Bicêtre, avec la collaboration de MM. Camescasse, Isch. Wall, Morax, Raoult, Seglas, et Sollier. Un fort volume de LX-240 pages avec 16 figures et 10 planches. Prix : 6 fr. ; pour nos abonnés, prix : 4 fr.

Vizioli (R.). — *Contribuzione alla neuropatologia del diabete. La claudicazione intermittente come mezzo diagnostico nei casi di diabete decipions*. Brochure in-8° de 8 pages. — Napoli, 1891. — Stabilimento Tip. A. Tocco et C.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 392.

Vol. XXIII. Mai 1892. N° 69.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

SOMNAMBULISME SPONTANÉ DANS SES RAPPORTS AVEC L'HYSTÉRIE;

Par le Dr Ernest MESNET,

Membre de l'Académie de médecine, Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

En 1872, il y a vingt ans, alors que les troubles nerveux du somnambulisme, loin d'être acceptés comme une réalité, étaient considérés comme fantaisies de malade, et illusion du médecin, j'avais dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine quelques malades, qui par la singularité des phénomènes nerveux qu'elles présentaient, ne furent tout d'abord, pour mes collègues, qu'un objet de curiosité, jusqu'au jour où une observation plus attentive leur démontra la vérité des faits pathologiques qu'ils avaient sous les yeux. Convaincu que la démonstration scientifique reposait tout entière sur l'étude clinique, je cherchais de nouveaux malades pour multiplier mes observations, quand un médecin du voisinage, qui suivait ma visite, fut frappé de l'analogie des phénomènes que je signalais à son attention, avec les accidents que présentait une jeune malade de sa clientèle dont il voyait l'état s'ag-

graver chaque jour; et me demanda de la prendre dans mon service pour lui donner mes soins.

Quelques renseignements, pris à la volée, me donnèrent à penser qu'il s'agissait d'un cas de somnambulisme spontané dont les crises intercalées entre deux accès d'hystérie ressemblaient à celles de la malade M^me^ B... que j'avais observée en 1855, dont j'avais publié l'histoire en 1860[1].

Je pressai l'entrée de cette malade dont l'étude me semblait devoir être d'une importance de premier ordre dans la question si controversée des névroses, à savoir : s'il existe quelques rapports de famille entre le somnambulisme spontané et l'hystérie? et quels sont ces rapports? Elle me vint quelques jours après en juillet 1872.

C'est une jeune fille de dix-sept ans, d'une constitution délicate, lymphatico-scrofuleuse, décolorée, anémiée, toujours souffrante; dans sa première jeunesse, elle a eu une coxalgie, suivie de luxation, qui la laisse boiteuse avec un raccourcissement du membre.

En *mars* 1872, — âgée alors de seize ans et demi — elle a présenté pour la première fois quelques troubles nerveux, assurément de nature hystérique, bien qu'elle n'ait point de convulsions, tels que :

Affaiblissement de la sensibilité dans les membres inférieurs, avec un certain degré de faiblesse musculaire;

Sensibilité excessive (hyperesthésie) le long de la colonne vertébrale vers le milieu de la région dorsale, au point que le plus léger contact lui donne une sensation si pénible qu'elle se dérobe au toucher, et pousse des cris de douleur;

Elle a depuis longtemps une légère toux nerveuse, sans troubles appréciables à l'auscultation. Sa menstruation pauvre, mais assez régulière, est établie depuis deux ans.

Vers le mois d'avril, on remarque que le caractère de M^lle^ F..., habituellement triste et peu communicative, se modifie brusquement; elle se trouve mieux, se dit très heureuse, est d'une gaîté exagérée, fait mille projets de fêtes, de plaisirs, de parties de

[1] *Archives générales de médecine*, février 1860.

campagne; en un mot se montre si différente d'elle-même qu'on peut croire à un léger degré d'excitation cérébrale. Le 24 avril apparaît la première crise.

J'extrais d'une note fort détaillée, et fort bien faite du Dr Aubrun, son médecin ordinaire, les renseignements qui vont suivre :

Le 24 *avril*, après avoir déjeuné en famille avec beaucoup d'entrain, avec une grande gaîté et un fort bon appétit, elle est prise brusquement, en sortant de table, de perte absolue de connaissance avec résolution complète des membres, et semble tombée dans un profond sommeil — sa respiration à 27 — son pouls à 66 — sa température normale. Elle n'a aucun signe de souffrance; l'expression de sa physionomie est calme, les yeux sont fermés avec un léger mouvement vibratoire des paupières, on lui parle, elle n'entend, ni ne répond; si on la pince, elle a un léger déplacement du membre qui semble indiquer une certaine sensibilité obtuse.

L'application des sinapismes — des inspirations d'éther — des lotions d'eau froide sur la face ne produisent aucun effet, l'immobilité persiste.

Après une heure de durée de ce sommeil léthargique, cette jeune fille porte la main à ses yeux, se frotte les paupières, fait un grand et profond soupir, ouvre les yeux, sourit à ses parents qui l'entourent, et demande avec un accent de surprise : pourquoi elle est couchée sur son lit? Elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé, ni de ce qu'on lui a dit, ni de ce qu'on lui a fait; elle se lève sans ressentir ni fatigue, ni malaise, et passe le reste de la journée avec sa gaîté habituelle.

25. — La nuit a été bonne, le sommeil calme. Elle se lève le matin avec son entrain de tous les jours; à midi, elle se met à table, déjeune bien, *et à une heure* est brusquement reprise, *comme la veille*, de perte subite de connaissance avec résolution complète des membres, abolition des sens, apparence d'un sommeil calme et profond qui dure une heure comme la veille. Après quoi, elle se réveille en se frottant les yeux, sans souvenir de sa crise, et en manifestant le même étonnement de se voir étendue sur son lit.

26, 27. — La crise se répète à la même heure, dans les mêmes conditions, invariablement semblable à elle-même.

28. — Même crise à une heure de l'après-midi, en sortant de déjeuner. Mais, ce même jour, le soir, à 8 heures, après son dîner, elle est reprise d'une seconde crise léthargique avec l'ensemble symptomatique des accès précédents, caractérisés par la résolution des membres et l'obtusion momentanée de toutes les expressions de la vie de relation.

La solution de cet accès, loin de ressembler aux précédents, fut la transition de la crise léthargique à une crise somnambulique dont nous allons retracer les caractères les plus manifestes.

Après une demi-heure de sommeil, la jeune fille fait plusieurs grandes inspirations, se frotte les yeux comme d'habitude; on crut qu'elle allait s'éveiller. Mais non... elle entre dans un tout autre ordre de phénomènes; à l'immobilité succède le mouvement, à l'inertie l'activité physique et intellectuelle, à l'obtusion des sensibilités et des sens, des hypéresthésies partielles.

Elle se plaint de souffrir; elle porte les mains sur le sternum en disant ressentir de ce côté des douleurs très aiguës; elle demande un couteau pour ouvrir son estomac; elle se plaint de la tête à laquelle elle s'est faite une légère contusion dans une chute au moment de la crise; elle se tord les bras, en répétant qu'elle souffre cruellement; elle a, dit-elle, une boule de feu dans la tête, un fer rouge dans l'estomac.

Sa famille et les personnes qui l'assistent essaient de la consoler, lui prodiguent les plus affectueuses paroles, mais elle ne les entend pas, on lui crie dans les oreilles, son ouïe est fermée; elle n'a aucune communication avec son entourage.

La sensibilité de la peau est à ce moment fort exagérée; lorsqu'on la touche, elle se retire brusquement, disant qu'on lui fait mal.

Les paupières sont fermées, et les yeux convulsés en dedans, ce qui semble lui être douloureux, car à chaque instant elle cherche à ouvrir ses paupières avec ses doigts, et, impatientée de ne pouvoir réussir, elle dit avec aigreur : « Je ne pourrai donc pas les ouvrir! C'est triste, je ne vois que du rouge! »

Elle ne voit pas ses parents qui entourent son lit; elle es mécontente de leur absence, et se plaint de ce que personne ne lui parle. « Vous êtes donc tous devenus muets!... Pourquoi ne me parlez-vous pas? »

Elle ne sait avoir quelqu'un près d'elle qu'à la condition de toucher de sa main la personne, mais elle ne la reconnaît pas lors même qu'elle l'interpelle; elle porte prestement les mains sur les habits, sur la figure, et dit : Cela ressemble à mon frère, cela à tel ou tel..., mais elle ne désigne jamais nominativement la personne.

Après vingt minutes de plaintes et de gémissements, elle s'est brusquement assise sur son lit en disant :

« C'est ennuyeux de toujours s'occuper de ses souffrances; je vais aller me promener pour les faire cesser. »

Aussitôt elle descend de son lit, se vêtit à la légère, et toujours les yeux fermés, se dirige vers la porte pour sortir. Ses parents lui faisant obstacle, elle les bouscule avec force, avec rage, et leur dit en riant : « Vous voulez m'empêcher de sortir! Nous allons bien voir, je serai la plus forte! » Et alors commence une lutte violente dans laquelle cette jeune fille grêle et délicate aux prises avec trois ou quatre personnes, les bousculait avec une énergie dont elle ne semblait pas capable.

Après avoir lutté en vain, elle leur dit : « Ah ! vous voulez m'empêcher de sortir par la porte, eh bien, je vais m'en aller par la fenêtre. » Et sans plus tarder, d'un pas rapide, elle se dirige de ce côté.

Un de ses parents arrive en toute hâte près de la croisée, s'assure qu'elle est bien fermée, et laisse agir librement la jeune fille. Elle prend l'espagnolette, et, la tirant de toutes ses forces, produit un léger entre-bâillement de la fenêtre, bien qu'une main appliquée sur la tige de fer, la maintînt vigoureusement. En sentant ce faible mouvement de va-et-vient, elle redouble ses efforts en disant : « Allons ! courage, elle va s'ouvrir ! » et tout en insistant, elle ne sentait ni ne voyait la personne qui lui faisait obstacle. Après dix minutes de tentatives infructueuses, elle eut l'idée qu'on pouvait avoir barricadé la croisée; elle en fit l'inspection avec ses mains qu'elle promenait du haut en bas; elle rencontra la main qui tenait la tige de fer : « Encore de grosses mains, dit-elle, qui me dérangent, c'est ennuyeux ! mais j'en viendrai à bout tout de même; » et elle recommença à tirer avec plus de violence que jamais.

Vers 10 heures, elle abandonne son idée de sortir. « Puisqu'on ne veut pas que j'aille me promener, je vais aller me coucher, dit-elle. » Elle vient à son lit, enlève brusquement les couvertures, les draps, qu'elle jette sur le parquet, et tire son lit en avant. Puis, reprenant successivement draps, couvertures, elle refait son lit avec méthode, bien qu'elle ait les paupières closes, les yeux convulsés; elle étendait légèrement ses mains sur chaque objet, reconnaissant par le toucher l'endroit de l'envers des draps; la marque lui indiquait le côté de la tête et le côté des pieds, elle avait en ce moment une finesse du toucher qui suppléait à la vue, complètement absente.

Quelqu'un à ce moment sort de la chambre, elle saute d'un bond vers la porte, l'ouvre, se sauve en simple jupon; on la rapporte sur son lit, elle rit aux éclats de sa tentative avortée, en déclarant que c'est fini, qu'elle ne veut plus sortir ! Elle parle de mille choses en rapport avec ses habitudes et ses goûts, la parole est rapide, sur un ton qui n'est pas le sien. Elle monte sa voix et dit : « Je vais dormir ! »

Aussitôt elle tombe dans le sommeil profond du début de la crise, avec résolution des membres, calme parfait des traits, ralentissement du pouls et de la respiration. Après cinq minutes de cet état léthargique, elle se frotte les paupières, fait un grand soupir, s'assied sur son lit, bien éveillée, très surprise du désordre de sa chambre, demandant ce qui s'était passé, sans avoir la plus légère impression, le moindre souvenir de cette longue crise d'agitation et de violences. Le désordre de sa chambre lui est désagréable, elle se lève pour tout remettre en place, puis se couche à

côté de sa mère, et passe une excellente nuit dans le sommeil le plus calme.

29. — Le lendemain matin, elle insiste près de sa mère pour savoir ce qui s'est passé la veille, on le lui raconte, et en apprenant le désordre de ses actes, elle se désole, fond en larmes, et demande pardon à toute sa famille d'avoir été aussi déraisonnable.

Jusqu'à 1 heure, tout est bien. A 1 heure, crise de sommeil léthargique copiée sur les précédentes, d'une durée de vingt minutes; puis agitation, bavardage délirant dans lequel elle exprime les idées les plus grotesques, besoin de mouvements excentriques, elle veut faire de la gymnastique sur son lit, elle veut faire comme au cirque de l'équilibre sur une chaise, elle bouscule tout ce qui la touche, et jette à terre tout ce qui lui tombe sous la main; debout sur son lit, elle veut se jeter la tête en avant comme ferait un baigneur pour plonger; le besoin impulsif de locomotion est tel qu'on ne peut la quitter un instant.

A 2 h. 50, elle dit qu'elle veut se coucher, s'étend sur son lit, est reprise de son sommeil léthargique, et à 3 heures, se réveille après s'être frotté les yeux, ignorant tout. Le reste de la journée se passe dans le calme parfait, elle s'occupe raisonnablement, dîne en famille, mange d'un bon appétit.

A 8 heures du soir, deuxième crise comme le jour précédent. Après vingt minutes de sommeil léthargique, période d'agitation avec déclamations incohérentes, et luttes incessantes contre tout obstacle opposé à ses volontés déraisonnables; à 10 heures et demie, retour du sommeil léthargique, réveil cinq minutes après dans un état d'inconscience parfaite.

A dater de ce jour, la périodicité — caractère essentiel des grandes névroses — est définitivement établie. Pendant deux mois consécutifs, du mois de mai à juillet, notre jeune malade présente chaque après-midi, deux crises régulières de somnambulisme, la *première à 1 heure*, la *deuxième à 8 heures*, toutes crises semblables à elles-mêmes, et invariablement intercalées entre deux accès de sommeil léthargique. Il n'y aurait donc nul intérêt à continuer au jour le jour cette intéressante observation dont les conditions élémentaires restent les mêmes. Les seules variantes à signaler, et vraiment importantes se rapportent :

1° A la durée plus ou moins longue des crises;

2° A l'intensité plus ou moins grande de l'agitation dans quelques-unes d'entre elles;

3° Et surtout à l'influence que les impressions de la malade à l'état de veille, avaient sur le mouvement de son esprit en état de somnambulisme.

Le médecin de ma jeune malade, pensant qu'il pouvait exister un rapport de cause à effet, entre les heures des repas et la répéti-

tion de ses crises, changea les heures de ses repas, en même temps qu'il modifia son régime alimentaire; il avança de plusieurs heures le déjeuner ainsi que le dîner. Aucune modification ne se produisit; la périodicité se maintint telle qu'elle était depuis le début, aux mêmes heures les mêmes accès.

C'est en vain qu'il fit appel à tous les médicaments anti-périodiques, anti-spasmodiques employés en pareille circonstance :

Inspirations de chloroforme pendant les accès; sulfate de quinine, polybromures, valérianates d'ammoniaque, de quinine, de zinc, dans la période d'accalmie... la série des crises ne fut point interrompue, peut-être la durée de quelques-unes fut légèrement abrégée, mais il se produisit alors une crise supplémentaire, je dirais volontiers compensatrice, sous forme de sommeil somnambulique, qui survint pendant la nuit, aux dépens du sommeil normal.

C'est ainsi que le 6 mai, l'accès de 8 heures terminé depuis quelque temps, elle se réveilla à 1 heure du matin et dit à sa mère :

« Je sens que je m'en vais... » ce qui signifiait je sens que je perds la direction de mes idées, que je n'ai plus la libre disposition de mon esprit.

En effet, elle se remet au lit, y reste calme, sans agitation, sans mouvement, parlant sans cesse, bavardant à demi-voix, mais avec la demi-conscience que c'était la nuit, que sa mère dormait près d'elle, qu'elle ne devait pas la réveiller. Elle disait à voix basse :

« C'est l'heure du sommeil de maman... Je ne dois pas faire de bruit... »

Elle n'avait aucune idée de sortir, tout au plus quelques mouvements des bras, quelques déplacements de la tête, mais elle ne cessait de parler de choses incohérentes et déraisonnables parmi lesquelles la pensée de sa mère était l'idée dominante. Cette crise surajoutée s'est répétée pendant les trois ou quatre jours suivants, différant des crises régulières par l'absence de période léthargique, par l'état de demi-conscience dans lequel elle était et par l'obtusion moins grande des sensibilités et des sens, qui restaient, dans une certaine mesure, accessibles aux impressions du dehors, comme en témoigne le fait suivant.

Tel jour, lui ayant présenté un morceau de pain pendant un de ces accès supplémentaires, elle le touche de sa main, s'assure par le contact de sa réalité et le mord à belles dents; une assiette contenant un morceau de viande rôtie étant mise au contact de sa main, elle prend connaissance par le toucher de l'assiette et de ce qu'elle contient, et dit avec une voix de satisfaction : « Quelle chance!... je ne mangerai pas mon pain sec... je vais me mettre à table... vite un couteau, une fourchette... »

Sur ce, elle se lève rapidement, se couvre d'un jupon, approche

une chaise de sa table, et mange avec toutes les apparences d'une personne éveillée, tout en bavardant de mille choses, et sans connaître ceux qui l'entourent.

Son père met à son insu un peu de vin dans son verre, elle le porte à ses lèvres en faisant une horrible grimace et dit : « On veut donc m'empoisonner... mais je ne le boirai pas!... »

Elle devient aussitôt soupçonneuse, tourmentée, et cette idée d'empoisonnement qui l'avait vivement préoccupée, n'existe pas dans les périodes calmes, mais reparaît avec intensité dans les crises des quelques jours suivants.

Ces manifestations si évidentes de la sensibilité tactile et du sens du goût sont la règle générale dans toutes les attaques de somnambulisme superficiel.

Dans ses grandes attaques, au contraire, dans lesquelles l'obtusion des sensibilités et des sens étaient complètes, elle dépensait une activité, une force de volonté et de résistance incroyables, au moment des luttes qu'elle engageait avec les personnes qui s'opposaient à ses idées déraisonnables; et malgré ces scènes de violences et d'efforts elle conservait son teint ordinaire, une expression le plus souvent souriante, la coloration de ses joues ne variait pas, sa respiration restait calme, sa peau fraîche, jamais de transpiration, alors que les personnes qui lui résistaient étaient haletantes, ruisselaient de sueurs, fatiguées, endolories de tous leurs membres. Elle semblait, elle, ne rien sentir de cette violente dépense de forces musculaires ; toujours en mouvement, et prête à l'action, elle ne se plaignait jamais, n'accusait de fatigues qu'après la crise terminée.

Découragée de l'insuccès de toutes ces tentatives thérapeutiques qui n'avaient eu aucun résultat satisfaisant, qui peut-être avaient allongé la durée, peut-être augmenté l'intensité de quelques-uns de ses accès, son

médecin eut la pensée d'essayer l'action hypnotique comme agent perturbateur du système nerveux, et de substituer aux crises périodiquement établies des crises artificiellement provoquées, dont le médecin aurait la direction, et dont il disposerait à sa volonté.

C'était, dans sa pensée, la substitution du somnambulisme provoqué au somnambulisme spontané, faite dans un but thérapeutique.

Il demanda donc à M. le Dr Puel qui était à cette époque, à Paris — un des rares médecins qui s'occupaient de ces questions — de venir voir sa malade. Pendant six jours consécutifs, M. Puel mit en œuvre toutes ses ressources et toute son activité pratique pour modifier l'état de la jeune malade, soit qu'il essayât de l'endormir à l'état de veille en cherchant à la convaincre qu'il la guérirait si elle lui donnait sa confiance, soit que pendant ses crises il s'efforçât d'agir directement sur l'accès en le transformant, toutes ses tentatives furent inutiles, et, après six jours d'essais infructueux, il dut se retirer.

Un autre médecin vint après lui sans être plus heureux ; et la jeune fille, fatiguée, agacée de toutes ces épreuves, ne tarda pas à lui signifier elle-même qu'elle ne voulait plus le revoir, ni se soumettre à ses expériences.

Cette nouvelle tentative thérapeutique eut un résultat tout opposé au but qu'on s'était proposé, car elle apporta un élément nouveau aux préoccupations qu'elle avait dans la période active de ses crises. Elle déclamait contre l'intervention de ces deux nouveaux médecins dont elle critiquait la science et la pratique ; elle se riait de leurs efforts, et ridiculisait très spirituelle-

ment leurs personnes. Son médecin lui-même, qu'elle affectionnait tout particulièrement, y perdit quelque peu de sa confiance, elle déclarait qu'elle ne croirait plus en lui, puisqu'il lui jouait d'aussi mauvais tours.

Tel est l'ensemble des faits qui se sont succédé du 1er au 15 juin.

A partir de cette époque, une aggravation notable se produisit dans l'ensemble de tous les symptômes, la périodicité des crises étant d'ailleurs toujours la même.

Le sommeil léthargique du début qui durait d'ordinaire de quinze à vingt minutes, est maintenant d'une heure un quart à une heure et demie de durée. La crise d'une heure se prolonge jusqu'à 6 heures du soir; celles de 8 heures jusqu'à 6 heures du matin.

La durée des accès s'est donc étendue au point qu'il n'y a plus que neuf heures de calme contre quinze de désordre somnambulique, sur les vingt-quatre heures de la journée.

Le délire des crises prend lui aussi un autre caractère; une nouvelle idée domine l'esprit de la malade; profondément troublée par l'impuissance des médecins appelés près d'elle, découragée par l'aggravation de son mal dont elle se rend très bien compte..... elle veut s'étrangler!...

A ce sujet, elle discute avec calme, dans son sommeil somnambulique les questions de droit et de devoir. Elle ne reconnaît qu'à son médecin le droit de disposer de sa vie; quant à elle, elle n'en a pas le droit. Aussi répète-t-elle à chaque instant dans ses crises : quand

mon médecin voudra m'étrangler, laissez-le faire..... personne ne peut s'y opposer..... lui seul en a le droit!...

Du 15 au 20 juin, cette idée a dominé toutes ses crises, pendant toute leur durée.

La situation devenue de plus en plus critique, le médecin crut devoir proposer à la famille l'entrée soit à l'hôpital, soit dans une maison de santé; cette proposition entendue par la jeune fille la troubla au point qu'abandonnant le jour même l'idée du suicide, elle n'eut plus d'autre préoccupation que celle de départ dont elle parlait sans cesse. Dans ses crises, elle récriminait contre sa mère qui avait consenti, disait-elle, et peut-être sollicité cette mesure; contre son médecin qui n'avait pas de cœur, et dont elle ne voulait pas suivre les ordonnances; que, du reste, elle ne voulait aller ni dans un hôpital, ni dans une maison de santé!

Mon nom ayant été prononcé devant elle, dans sa période calme, elle le chercha dans l'almanach de Paris, et le trouva accolé au mot de maison de santé. Elle en ressentit une si violente impression qu'un phénomène nouveau vint s'ajouter à ses crises bi-quotidiennes.

Trois et quatre fois par jour, à dater du 23 juin, elle fut prise d'un accès subit de perte de connaissance, dans l'intervalle de ses crises régulières; elle tombait sans mouvement, sans trace de sensibilité, n'ayant aucun signe de souffrance, point d'altération des traits, ni oppression, ni bavardage, en un mot dans un état tout semblable à la période léthargique qui précédait les crises, à cette différence près que ce sommeil ne

durait jamais plus de cinq minutes, puis elle en sortait instantanément, sans en avoir le souvenir.

Il en fut ainsi jusqu'au 1er juillet.

C'est à cette époque que son médecin, de plus en plus inquiet, vint me voir, me parler de cet état, et me demander si je ne craignais pas qu'en insistant sur la nécessité du déplacement nous provoquions de nouveaux troubles, comme il était arrivé à chaque contrariété. Depuis le jour où il a été question de son départ, et d'entrer dans votre service, me disait-il, ses accès sont plus violents, et de plus en plus longs; ne succombera-t-elle pas à la violence de ses crises!...

Ne partageant pas cette inquiétude, j'insistai sur l'opportunité de la mesure, et sur l'urgence de cette détermination que je considérais comme la seule indication rationnelle, étant donné les mutations qui s'étaient produites dans l'état mental de cette jeune fille, chaque fois qu'un événement nouveau l'avait préoccupée. Et, en effet, je savais par expérience personnelle, que le déplacement, que le changement de milieu et de direction, que l'influence d'autres soins, d'un autre entourage, ont parfois une action perturbatrice assez puissante, pour interrompre la continuité des accès, et rompre le cercle vicieux dans lequel tourne fatalement l'esprit des malades.

J'avais vu, dans des circonstances plus ou moins semblables, des guérisons rapides, quelques-unes subites, se produire ainsi, par substitution.

J'insistai donc près du médecin, je le gagnai à mon opinion, et la jeune fille entra dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Cécile, n° 14, le 1er juillet 1872.

Son départ de chez elle se fit sans difficultés; elle monta d'elle-même dans la voiture qui devait la conduire, elle était à ce moment très pâle, la face couverte d'une sueur froide, à ce point qu'elle semblait prête à s'évanouir sous le coup de l'émotion.

Depuis son lever elle avait eu trois petites crises de sommeil léthargique de cinq minutes.

Pendant le voyage, elle fut calme et silencieuse, protestant par son mutisme et par sa mauvaise humeur, contre son enlèvement.

Arrivée à l'hôpital, elle témoigna d'un grand mécontentement en voyant les malades de la salle venir près d'elle, l'interroger, et la regarder avec curiosité.

A 10 heures et demie, on lui présenta son déjeuner qu'elle refusa avec aigreur, en disant : « Que tout cela était de la comédie... qu'elle ne mangerait pas ! »

Mais, encouragée par les attentions et les bonnes paroles de ses voisines, elle consentit à déjeuner, et mangea une partie des aliments qu'on lui avait servis.

Sa première grande crise du matin vint comme d'habitude, précédée de sa période léthargique, et ne différa en rien de celles que nous avons précédemment décrites, à cela près qu'elle se termina à 4 heures au lieu de 6, elle avait donc été abrégée de deux heures.

Dans la soirée, une heure après son dîner, elle eut sa crise habituelle, semblable aux précédentes, mais pendant la période de loquacité et de bavardage elle ne cessa de protester contre son entrée à l'hôpital, se révoltant contre ses parents, contre son médecin, et disant avec énergie :

« Non, je ne veux pas rester !

« Je me trouve mal ici !

« Je ne suis pas à ma place dans cette salle ! »

Cette deuxième crise fut moins longue; elle se termina à 10 heures et demie, au lieu de durer jusqu'à 6 heures du matin, comme celles des jours précédents.

La nuit fut bonne; le sommeil calme. J'avais, le matin, ordonné un bain sulfureux qu'elle ne put prendre, ses règles ayant paru quelques heures avant.

Encouragé par ce premier résultat, conforme à mes espérances, je pris à part ses voisines, et leur demandai de m'aider dans la guérison de cette jeune fille, en l'assistant, en lui donnant de bonnes paroles, en se montrant affectueuses pour elle.

D'autre part, je donnai mes instructions à la religieuse de la salle, femme intelligente, habituée aux maladies nerveuses que j'avais toujours en assez grand nombre dans mon service, je lu recommandai de s'occuper activement de cette jeune fille, de la prendre avec elle dans son cabinet, de la contredire si elle lui parlait de la singularité de sa maladie; de lui répondre — si elle lui

disait qu'elle ne guérirait pas — qu'elle avait vu souvent, bien souvent, des crises comme les siennes, que toutes avaient guéri, et *rapidement* guéri, à la condition que les malades soient dociles, confiantes, et ne se torturent pas l'esprit de mille idées déraisonnables; qu'elle m'avait entendu dire à mes élèves, en quittant l'hôpital, qu'il en serait de même pour elle, que j'en avais la *certitude*.

J'ajoutai à ces recommandations une prescription sans valeur, dans le but d'occuper la malade : une cuillerée de sirop d'iodure de fer... du vin de quinquina.

Le 2 *juillet*, je trouvai la jeune fille plus calme, dans de meilleures dispositions. Elle dit, en m'abordant le matin, qu'elle se sentait plus rassurée !... Je ne restai pas longtemps près d'elle dans la crainte de quelque question troublante... Je la quittai en lui disant :

« Vous guérirez promptement... J'en ai la *certitude!* »

Dans la journée elle eut ses deux crises; celle du matin dura deux heures, celle du soir deux heures un quart.

A dater du lendemain, 3 juillet, les crises bi-quotidiennes qui, depuis le 24 avril, se reproduisaient invariablement chaque jour, ne reparurent plus. *Elle était guérie.*

Elle-même chantait sa guérison, en se riant de quelques petits accès léthargiques, qu'elle appelait son petit sommeil, qui lui revinrent de temps en temps jusqu'au 8 juillet. Je la gardai dans mes salles quelques jours encore pour confirmer cet heureux résultat.

Elle quitta l'hôpital le 14 juillet et rentra dans sa famille, heureuse de sa guérison, reconnaissante des soins qu'on lui avait donnés.

Le lendemain de sa sortie, elle m'écrivit une lettre pleine de gratitude, pour me remercier des soins assidus que je lui avais prodigués, pour me dire combien elle me savait gré maintenant de l'insistance que j'avais mise à demander son entrée à l'hôpital; que tout avait été, pour elle, une surprise, et que la cause de sa guérison avait été l'assurance qu'on lui avait donnée qu'elle guérirait promptement.

Pendant les mois qui suivirent, j'eus fréquemment de ses nouvelles, toujours satisfaisantes.

DÉDUCTIONS. — L'étude et l'analyse de cette observation se prêteraient assurément à des considérations intéressantes :

Sur les troubles multiples des sensibilités et des sens;

Sur les troubles de la locomotion tantôt abolie, tantôt surexcitée;

Sur l'éveil partiel de tel ou tel sens dans ses rapports avec l'idée dominante qui captive la malade;

Sur la pathogénie du délire de la crise somnambulique : — soit qu'il vienne des impressions de l'état de veille; soit qu'il ait pour origine l'excitation cérébrale spontanée de la malade, pendant sa crise.

Il est entre tous ces faits un enseignement d'un ordre supérieur, qui se déduit de l'ensemble de l'observation elle-même, et du mode d'être des accès.

Déjà en 1855, j'avais vu le somnambulisme se produire entre deux accès d'hystérie convulsive accompagnés d'extase cataleptique, et se répéter ainsi pendant plusieurs mois, côtoyant l'hystérie, marchant parallèlement avec elle.

Aujourd'hui 1872, nous avons sous les yeux un fait de même nature, dans lequel l'accès de somnambulisme spontané commence et se termine invariablement par une crise léthargique, dont il semble n'être qu'un épiphénomène.

N'avons-nous pas là un trait d'union, un lien de famille, qui nous conduit à l'unité, à la consanguinité de ces manifestations multiples, d'allures si différentes, que Cérise, dans son pittoresque langage, avait baptisées du nom d'extraordinaires!!!

Basés sur ces études cliniques, sur ces observations et sur quelques autres du service de Charcot à la Salpêtrière, nous pouvons aujourd'hui, sans crainte de l'avenir, affirmer l'idée, qu'il y a trente ans, nous avions émise avec quelques réserves, à savoir : que ces manifestations multiples dérivent de la grande

névrose; et dire que : quelle que soit leur forme : extatique, — cataleptique, — syncopale, — léthargique, — somnambulique, elles doivent être considérées comme l'expression de variétés morbides identiques par leur nature et par leur origine, qui germent et se développent sur un fonds commun, l'*hystérie*.

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN

HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS[1];

MESSIEURS,

Les héréditaires dégénérés constituent une grande famille pathologique nettement définie, à caractères propres qui la distinguent de toutes les autres espèces morbides. De même que dans la paralysie générale, nous avons trouvé comme fonds une démence généralisée tout à fait remarquable, de même chez les dégénérés, tous les symptômes psychiques reposent sur un fonds spécial, la déséquilibration mentale. Les héréditaires dégénérés sont les seuls aliénés chez lesquels se montre la déséquilibration mentale. Sur ce terrain spécial, se développent des épisodes maladifs ayant pour base l'obsession, l'impulsion ou l'inhibition; épisodes tellement caractéristiques que j'ai pu les désigner sous le nom de *stigmates psychiques* de la

[1] Leçon recueillie par le Dr VIGOUROUX, médecin-adjoint des Asiles de la Seine.

folie héréditaire. Les délires, à leur tour, ont leur physionomie particulière et, de même que dans la paralysie générale, les délires empruntent au fonds de démence leur principal caractère, de même chez les héréditaires dégénérés, les délires ont tantôt l'instabilité de la déséquilibration des héréditaires, tantôt au contraire, la ténacité obsédante de certaines de leurs tendances maladives.

On s'est élevé contre l'expression de folie héréditaire, expression assurément impropre, puisque l'hérédité exerce son action, rayonne sur toutes les formes vésaniques : qui dit psychoses, dit maladies éminemment héréditaires, mais cependant l'hérédité s'exerce sur celle-ci à un degré beaucoup plus considérable. Elle en est le facteur principal et je n'entends pas parler simplement de l'apparition du dissemblable, c'est-à-dire de la forme progressive ou transformée de Morel, mais on trouve, plus souvent qu'on ne paraît le croire, l'hérédité similaire et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges, des syndromes épisodiques dont nous nous entretiendrons plus tard, qui en sont, nous venons de le dire, les stigmates psychiques. Lorsqu'on voit en effet, la recherche angoissante du mot poussée au point que le malade non seulement veille lui-même anxieusement des nuits entières, à la recherche du terme qu'il poursuit, mais qu'il entraîne toute sa famille dans cette bizarre occupation, et lorsqu'on retrouve chez la fille du malade la même préoccupation morbide, on peut dire que cette dernière est bien et dûment la fille pathologique du père. Et à ce propos je rappellerai l'histoire d'un de nos malades, qui fut emprisonné pour avoir, poussé

par sa perversion sexuelle, volé des chemises blanches et chez la mère duquel se retrouvait la singulière tendance à saisir les rubans rouges; si bien qu'elle s'abstenait de sortir les jours de tirage au sort pour éviter de succomber au désir de prendre les rubans rouges flottants sur le chapeau des conscrits. Nous pourrions rapporter encore plusieurs autres exemples et pour le délire du toucher en particulier, nous avons vu récemment deux malades à hérédité similaire : la mère de l'un d'eux ne pouvait pas toucher les monnaies de cuivre, le père de l'autre avait la crainte du contact du chien.

Nous avons donc conservé l'expression de folie héréditaire parce qu'elle comprend un groupe de malades nettement défini et parce qu'un terme nouveau pourrait faire perdre de vue les descriptions premières qui, sous tous les rapports, méritent de fixer l'attention.

D'autre part, si ces dégénérescences mentales sont héréditaires, dans quelques circonstances elles peuvent êtres acquises. En effet, à la suite d'affections aiguës chez les jeunes sujets, on observe des cas d'arrêt de l'intelligence et de dégradation mentale analogues à l'idiotie, à l'imbécillité, à la débilité mentale et même à la déséquilibration de l'héréditaire. Donc il suffit de l'apparition d'une maladie aiguë et notamment d'une fièvre typhoïde, d'une variole, d'une scarlatine; ce sont là les facteurs habituellement en cause, pour pervertir et anéantir à tout jamais l'intelligence d'un enfant jusque-là bien pondéré. Que s'est-il donc passé? La réponse est facile si l'on veut se reporter aux travaux publiés depuis une trentaine d'années sur les

troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës. Fritz, Roger et Damaschino, Wesphal, Vulpian, Déjerine, Popoff, Marie, Landouzy, etc., qui ont étudié l'état de la moelle et du cerveau à la suite de variole et de fièvre typhoïde ont constaté des lacunes provenant de petits foyers hémorrhagiques ou de ramollissement. Ces lésions sont analogues à celles qui se développent pendant l'évolution fœtale chez les héréditaires dégénérés et sur l'axe cérébro-spinal de jeunes sujets en voie d'évolution, les résultats sont identiques. On doit donc faire entrer dans le groupe des héréditaires ces faits que la clinique désigne, quoique assurément la dénomination d'héréditaires ne leur convienne pas. Tous ces faits sont caractérisés d'ordinaire par des stigmates physiques et les lésions dans l'enfance qui laissent, surtout après elles, des paralysies et de la faiblesse intellectuelle, ne déterminent pas habituellement ces stigmates psychiques si significatifs qui, dès la première enfance, avant que toute éducation ait pu modifier ces jeunes sujets, se présentent avec des obsessions, des impulsions, des perversions sexuelles, un trouble fonctionnel en un mot, que l'influence héréditaire seule peut bien expliquer. Il n'est pas rare, en effet, de voir chez les héréditaires dégénérés un stigmate très net dès l'âge de quatre ou cinq ans. Chez un malade, à l'heure actuelle, professeur de Faculté, l'inversion génitale s'était montrée à six ans, déjà il éprouvait une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, un attrait irrésistible pour les garçons; à cinq ans, il présentait un entraînement inexplicable au vol, un peu plus tard, il était irrésistiblement poussé à compter et à recompter les fleurs,

les lignes d'une tapisserie, et il eut la recherche angoissante du mot.

Ces stigmates psychiques se développent bien avant que le milieu ou une éducation vicieuse aient pu exercer sur eux la moindre influence. L'expression d'héréditaires dégénérés nous semble concilier toutes les opinions.

Les caractères symptomatiques de la folie des dégénérés se divisent en trois groupes : les stigmates physiques, les stigmates psychiques et les délires. Les caractères physiques sont quelquefois très légers; un faux trait de la vue, un strabisme peu apparent, la division de la choroïde laissant à nu la sclérotique, l'émergence irrégulière de l'artère centrale de la rétine, un nœvus, quelques tics. Chez d'autres, on trouve des troubles beaucoup plus accentués : c'est la contracture des quatre extrémités avec porencéphalie, des paralysies avec contracture, par sclérose ayant détruit les zones psychomotrices; le bec-de-lièvre, la gueule de loup, le strabisme divergent ou convergent, des tics généralisés et persistants, des doigts palmés ou même la réunion complète d'une main ou d'un pied. Toutes ces anomalies sont la traduction de déviations nutritives.

Je tiens à ce propos à vous présenter un malade chez lequel on rencontre un grand nombre de ces stigmates que je viens de vous énumérer.

Sa tête est complètement contournée, il semble que l'extrémité céphalique soit tordue sur elle-même. Le crâne dans son ensemble est plagiocéphale, il a la forme d'une boule irrégulière asymétrique, aplatie d'avant en arrière.

Le front est plat sur toute son étendue sauf dans le milieu où il présente une concavité. La face est aplatie, asymétrique; le nez gros, épaissi, fortement déjeté à gauche. Les lignes des sourcils sont très obliques en bas et en dehors. Les fentes palpébrales prolongées se rencontreraient sous un angle de 120 degrés environ. Les yeux, très saillants, sont comme pédiculés. Le cercle irien est visible dans son entier : on aperçoit la sclérotique à une certaine distance de l'iris en haut et en bas.

La lèvre supérieure est dirigée en avant, la lèvre inférieure très allongée a une direction en haut et en avant, de sorte que les sinuosités de la bouche sont mal dessinées. L'oreille gauche est implantée plus bas et plus en avant que la droite. L'ourlet est interrompu par places. Les lobules, courts et épais, sont adhérents.

Quand le malade ouvre la bouche, on voit que les dents de la mâchoire supérieure sont implantées irrégulièrement sur trois rangées, leur nombre est cependant normal. Les parties internes des bords alvéolaires se réunissent en se soudant, ce qui donne lieu à la production d'une voûte palatine garnie en quelque sorte d'une soupente. Derrière et en haut des arcades dentaires, commence immédiatement le voile du palais qui descend plus bas qu'à l'état normal et se termine par une luette bifide.

Les métacarpiens sont soudés entre eux : la forme de la main rappelle celle que prendrait une main normale dont les doigts seraient fortement serrés pour ne pas laisser échapper un liquide déposé dans le creux.

Les métatarsiens sont également soudés et les orteils

réunis et l'extrémité du membre inférieur ressemble à un pied amputé de ses quatre orteils.

Les antécédents héréditaires nous montrent du côté maternel un grand-père ivrogne, une grand'mère nerveuse, convulsivante, un oncle alcoolique, un autre oncle onaniste, mort à dix-huit ans dans un état complet de démence traversée de temps à autre par de l'excitation.

Les caractères intellectuels sont plus intéressants à étudier. Le fond est la déséquilibration mentale. Pour bien comprendre ce défaut d'équilibre des facultés, il est bon de suivre le développement de l'intelligence, depuis la dégradation complète de l'idiot, jusqu'aux simples anomalies offertes par les héréditaires. Au plus bas de l'échelle, les idiots sont réduits à la vie végétative, ils restent étrangers à la vie de relation, ils voient mais ne regardent pas, entendent mais n'écoutent pas, ont des appareils d'olfaction et de gustation, mais ne flairent pas ni ne goûtent. Ils sont réduits à un tube digestif qui reçoit les aliments et les digère. S'ils sont ainsi oblitérés, c'est que sur la région antérieure et postérieure de leur cerveau se trouvent des lésions diverses, des foyers hémorrhagiques ou des foyers de ramollissement, des méningo-encéphalites, de l'épendymite ventriculaire avec hydrocéphalie, des scléroses hypertrophiques ou tubéreuses, des scléroses atrophiques, des tumeurs, etc. Ces lésions offrent, suivant les sujets, des variétés infinies comme distribution et étendue et c'est ce qui explique la multiplicité d'aspect de l'état mental de l'idiot, dont les aptitudes s'étendent se complètent à mesure que le territoire devient libre sur la zone des centres sensoriels et des instincts.

Les physiologistes ne sont pas d'accord sur le siège précis des différents centres perceptifs ; mais la clinique et l'anatomie pathologique ont fourni déjà de précieux renseignements dans l'étude de la cécité et de la surdité verbales. Quand un individu qui n'est pas sourd ne comprend plus ce qu'il entend, mais continue à parler, à écrire, à exprimer par des signes ce qu'il pense, on sait aujourd'hui que cet état correspond à une lésion de la couche corticale située sur la première temporale et que la région touchée est toujours la même. A la partie moyenne de la première temporale réside donc le centre sur lequel viennent se déposer toutes les perceptions tonales.

Il en est de même pour le centre dépositaire des images visuelles que la clinique permet de localiser sur le pli courbe. Quand ce centre est lésé, le signe représentatif de l'écriture ne peut plus être perçu, le malade peut écrire, mais il lui est impossible de lire même ce qu'il vient d'écrire. On est donc tenu d'admettre l'existence de ces centres perceptifs au même titre que celle des centres psychomoteurs.

Tous les centres, qu'ils appartiennent à la région antérieure [(idéation), à la région moyenne (psycho-motrice), ou à la région postérieure (appétits et instincts), sont mis en communication les uns avec les autres par le système de fibres d'association et de projection signalé déjà par Gratiolet, mais que les beaux travaux de Meynert nous ont bien fait connaître et sur lesquels je n'ai pas à insister.

C'est dans la région postérieure que se trouvent déposées les images mnémoniques de toutes nos impressions sensorielles, c'est-à-dire tous les matériaux

nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation de nos idées : ces images passant dans la région frontale deviennent les schémas, les signes représentatifs de la pensée. Toutes les fois qu'une détermination part de la région postérieure, sans le contrôle des centres supérieurs, on a une détermination sensori-motrice, un acte instinctif. Quand le point de départ émane de la région antérieure, il produit une détermination idéo-motrice, un acte volitionnel.

Cette distinction va nous permettre d'établir une ligne de démarcation entre les idiots d'une part, les imbéciles, les débiles et les déséquilibrés de l'autre.

Voici une petite idiote, réduite à la vague perception de quelques sensations : elle est étrangère presque à tout ce qui l'environne, elle entend, mais ne comprend rien, elle ne prête aucune attention aux personnes qui l'entourent, toutefois elle remarque certains objets dont elle s'empare et qu'elle rejette, elle perçoit aussi la saveur de quelques aliments; elle est incapable de marcher, mais, placée à terre, elle pousse des cris, s'agite et brusquement elle se traîne en s'aidant des bras et des jambes et parcourt, sans but, différentes parties de la salle. Chez cette enfant, non seulement la région frontale est annihilée, mais la région postérieure est en grande partie compromise.

A mesure que la région postérieure devient libre, l'intégrité successive des différents centres perceptifs permet aux idiots d'entrer en relation plus intime avec le monde extérieur; mais cette amélioration dans leur état, cette perception plus étendue des diverses sensations, développent leurs appétits et leurs instincts et comme ils sont privés du contrôle et de l'action modé-

ratrice des centres supérieurs, ils se montrent gourmands, voleurs, salaces et deviennent conséquemment des êtres fort dangereux.

Pour mieux comprendre les troubles fonctionnels observés dans les différents groupes de dégénérés, il est bon de rappeler ce qui se passe à l'état normal. Si l'on examine, en effet, l'enfant qui commence à jouir du contrôle distinct de ses mains, on surprend assez vite des phénomènes d'attention. Un schéma de Meynert montre bien les différents temps d'une opération mentale très simple : l'image de la flamme d'une bougie, déposée par l'appareil de la vision dans le centre cortical postérieur, transmet sa représentation dans la région frontale et provoque immédiatement un mouvement volontaire du bras vers l'objet brillant, l'impression douloureuse, à son tour, suivant un trajet analogue, actionne en sens inverse la région psychomotrice, un mouvement de recul s'effectue, les deux sensations agréable et douloureuse sont enregistrées, comparées, et, à partir de ce moment, la flamme est regardée, mais non touchée. C'est par des expériences successives que se fait l'éducation des centres modérateurs, que dans la conscience se développe l'attention et que les actes volitionnels des enfants perdent peu à peu leurs apparences impulsives pour acquérir l'aspect de la délibération.

Les divers modes d'activité cérébrale (sentiments, volonté, attention, mémoire, jugement, raisonnement, etc.), qui constituent les facultés des psychologues, se développent, se perfectionnent successivement par le concours harmonieux de toutes les parties de l'encéphale; l'évolution progressive des facultés

mentales aboutit à cet état de conscience qui nous permet de discerner le vrai du faux, le bien du mal, à ce témoignage intime qui donne l'approbation aux actions bonnes et fait reproche des mauvaises, et qui est, en définitive, la caractéristique du sens moral. Par suite, on peut comprendre comment la rupture de l'un de ces rouages, une lésion des agents de communication entre ces différents centres donne parfois naissance chez nos héréditaires dégénérés à des perversions morales et affectives et aux troubles fonctionnels les plus étranges.

L'idiot chez lequel certains centres de la région antérieure deviennent libres cesse d'être un idiot, s'élève dans l'échelle intellectuelle et se range dans l'imbécillité. Les déterminations ne sont plus exclusivement sensori-motrices, elles reçoivent un certain contrôle de la région antérieure, elles commencent à devenir idéo-motrices.

L'intégrité de quelques-uns de ces centres chez différents sujets explique comment certains idiots, certains imbéciles peuvent avoir des aptitudes particulières que mettent à profit leurs éducateurs. On a même pu qualifier de *génies partiels* certains idiots. En effet, ceux chez lesquels, par exemple, le centre de la vision est intact ou même très développé, ont la notion du coloris, deviennent peintres; avec l'intégrité du centre auditif, nous avons les musiciens; avec l'intégrité des zones motrices, les sculpteurs, etc. A l'état normal, la fonction ne fait pas l'organe, mais celui-ci, étant intact, peut prendre de l'extension avec l'exercice et le perfectionnement de la fonction. Chez Gambetta, notre grand patriote, notre puissant orateur, quoique

le poids du cerveau ne dépassât pas la moyenne, la troisième circonvolution gauche était très développée et présentait trois plis à sa surface extérieure.

L'étude des idiots nous amène à expliquer ce qui se passe chez les dégénérés supérieurs. Les cerveaux des débiles ne nous présentent déjà plus que des modifications morphologiques, des plis moins nombreux, des anfractuosités moins profondes; chez les dégénérés supérieurs, l'aspect extérieur du système cérébro-spinal est normal et nous n'y trouvons aucune lésion apparente, du moins avec nos moyens actuels d'investigation, car les troubles fonctionnels que la clinique révèle sont tellement nets, ils ont un tel air de famille chez les différents sujets, qu'il n'est pas possible qu'ils ne se rattachent pas à une même modification pathologique de l'organe.

Rappelons à ce propos une déséquilibrée de trente-deux ans, chez laquelle aucune région de l'axe cérébro-spinal ne fonctionnait d'une façon régulière. Tantôt elle avait, en pleine conscience, des mouvements d'une main, d'un pied que ne pouvait régler la volonté. D'autres fois, se produisaient des phénomènes inhibitoires : debout, la malade ne pouvait plus s'asseoir; assise, elle ne pouvait plus se relever. La moelle n'obéissait plus à l'influence psycho-motrice.

Dans d'autres circonstances, c'est toute la mimique d'un état passionnel, rires ou pleurs, qui surgit, en désaccord avec l'état cénesthésique du sujet. Elle riait aux éclats à l'enterrement de son grand-père qu'elle avait, cependant, beaucoup aimé. Chez elle, la protubérance qui, d'après les expériences de Vulpian, est l'organe des expressions émotionnelles, échappait au

contrôle de la région frontale. Par moments, elle prononce des mots le plus souvent grossiers, qu'elle ne voudrait pas dire; si elle essaye de résister, elle éprouve du malaise, elle est angoissée; elle les prononce alors à voix basse ou elle remue la langue sans les prononcer; d'autres fois, elle se retire dans un lieu écarté, les prononce à haute voix et se sent soulagée. Le centre auditif de l'écorce (première temporale) est dans un tel état d'éréthisme, que l'image vient solliciter le centre moteur d'articulation qui l'expulse au dehors. Le centre auditif, le centre moteur d'articulation agissent encore ici indépendamment des centres supérieurs.

Parfois, enfin, ce n'est plus un mot, mais une série de faits divers, tout un discours qu'elle devait répéter, témoignant ainsi de la déséquilibration des centres corticaux antérieurs. Ce n'est pas tout; parfois elle est poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent, elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre, restant parfois très longtemps sous le coup d'une décharge de la région psycho-motrice.

Elle avait encore des perversions sexuelles : d'abord elle se sent poussée à l'onanisme en dehors de toute idée de rapprochement sexuel, c'est une spinale simple. Plus tard, elle éprouve un besoin impérieux de rapprochements sexuels, et, se conduisant en spino-cérébrale postérieure, elle se donne, sans choix, au premier venu. Puis elle est prise d'une vive affection pour un ouvrier avec qui elle voudrait se marier, et ce sentiment nouveau la rapproche de la normale et en fait une spino-cérébrale antérieure. De plus, elle était épileptique et avait des crises qui étaient suivies de

délire et d'actes inconscients. Enfin, pendant une période de sa vie, s'étant adonnée aux abus de boissons, elle a rapidement présenté un accès de délire alcoolique.

Cette femme, vous le voyez, était un type de déséquilibration cérébro-spinale; chez elle, en effet, des troubles fonctionnels distincts, désignaient successivement les différents segments de la moelle, du mésocéphale et des hémisphères cérébraux qui étaient ainsi mis en jeu de la façon la plus indépendante.

Tous les déséquilibrés appartiennent à la même famille, on ne constate pas chez eux de lésions anatomiques définies, mais des modifications fonctionnelles de même nature : le phénomène saillant est la déséquilibration mentale. Chez des individus intelligents, érudits, accomplissant des fonctions importantes dans la société, on trouve souvent une absence complète de sens moral, ce sont des génies au point de vue intellectuel et des idiots au point de vue moral. Chez d'autres, au contraire, de moralité élevée, l'intelligence proprement dite offre de profondes lacunes, tantôt pour le calcul, tantôt pour la musique, tantôt pour les arts, etc. Leurs centres perceptifs sont inégalement aptes à recueillir toutes les impressions, certaines ne s'enregistrent pas d'une façon régulière et ne laissent pas d'image durable.

En résumé, chez certains sujets dont l'intelligence est parfaite, l'état moral est défectueux ; chez d'autres, l'état moral est parfait, mais certaines aptitudes intellectuelles, certaines facultés leur font entièrement défaut. Enfin un troisième groupe comprend des individus qui, à l'état ordinaire, sont bien pondérés, intel-

ligents et moraux, mais chez lesquels, sous l'influence de la moindre fatigue, la déséquilibration apparaît avec ses défectuosités intellectuelles ou morales.

Pour compléter cette étude des héréditaires dégénérés, nous examinerons ensemble un malade obsédé et impulsif, en proie aux aberrations sexuelles les plus étranges.

Il s'agit d'un garçon de vingt-un ans qui se fit un jour arrêter sur un banc, pendant que, d'un coup de ciseaux, il détachait de son bras gauche un large fragment de peau. Interrogé sur les motifs de cette mutilation, il déclare que depuis plusieurs heures il était à la poursuite d'une jeune fille à la peau blanche et fine, avec l'ardent désir de lui tailler au cou un lambeau de peau et de le manger.

Ses antécédents héréditaires sont très chargés : son grand-père paternel était alcoolique. Son père est mort d'apoplexie et pendant sa vie il avait été sujet à des accidents épileptiques : c'étaient des accès de sommeil qui survenaient subitement; quelquefois des absences pendant lesquelles il ne savait plus ce qu'il faisait; il pâlissait tout à coup et se laissait aller à terre; un jour, il a été ramassé par un factionnaire devant lequel il venait de s'affaisser. La première nuit de ses noces, il aurait eu une attaque avec perte de connaissance et secousses dans les membres; et le premier mois du mariage s'est passé sans approches sexuelles qui, du reste, ont toujours été fort rares.

Une sœur du malade a toujours été déséquilibrée, n'a pu apprendre aucun métier, a mené une vie déréglée et plus tard, changeant brusquement de conduite, elle est entrée dans un couvent. La mère est

bien portante. L... aurait eu le carreau dans son enfance et il a uriné au lit jusqu'à l'âge de dix-sept ans.

Dès son jeune âge, il a été considéré comme un être malfaisant : placé chez un boucher, il s'amuse à ouvrir tous les becs de gaz, provoque une explosion qui blesse une femme. L'abbé Roussel, dans la maison duquel il était entré, a dû le renvoyer après une escapade. Dans une maison de correction, il a failli tuer un de ses jeunes camarades.

A plusieurs reprises, il se fait arrêter pour vagabondage; toutes les fois que sa mère lui adresse quelques reproches, il est poussé, dit-il, à la frapper, mais ne l'a jamais fait. Il s'est adonné de très bonne heure à l'onanisme et plus tard il s'est livré à la pédérastie.

Dès l'âge de six ans, la vue d'une jeune fille ou d'un jeune garçon, à la peau fine et délicate, provoquait chez lui une certaine excitation génitale et le désir de mordre et de manger un morceau de leur peau. A partir de treize ans les jeunes filles seules, à condition qu'elles soient jolies, deviennent l'objet de ses convoitises. Cependant, un jour, en caressant la tête d'un cheval, il ne put résister au besoin de mordre, après l'avoir léchée, la peau fine des naseaux. Plus tard, les souvenirs de la peau fine, léchée et mordue de ce cheval, le poussait à l'onanisme.

Vers l'âge de quinze ans, il a commencé à se piquer en se masturbant, la douleur augmentait l'érection et hâtait l'éjaculation. Il se piquait le ventre avec une épingle, un couteau, un sabre baïonnette et, au moment de l'orgasme génital, il enfonçait l'instrument le plus profondément possible.

L'idée obsédante de mordre et de manger la peau n'est pas provoquée seulement par la vue d'une jeune fille, la vue des lames tranchantes et brillantes comme les couteaux, les ciseaux qui peuvent servir à couper la peau font naître cette obsession ; *cela lui porte sur le système nerveux*, suivant son expression. Quand il résiste à cette force qui le pousse, il est énervé, angoissé; il a une sensation de contraction dans la région épigastrique, enfin il est couvert de sueurs quand la lutte se prolonge.

Il a toujours résisté à cette obsession, et jamais il n'a mordu la peau d'une jeune fille, mais il a dû beaucoup lutter et, pour ne pas succomber, il n'a pas hésité, dit-il, depuis huit mois, à tourner *sa rage* sur lui-même et à se couper la peau; c'est au moment où il allait sauter sur la jeune fille, qu'il a eu assez d'énergie pour interrompre sa poursuite, s'asseoir sur le banc où il a été arrêté, et tourner les ciseaux contre lui-même. Un autre jour, son patron l'envoie faire une commission avec une ouvrière qu'il trouvait fort jolie, mais pour ne pas se livrer à un acte de mutilation sur cette jeune fille, il a répandu, au moment de sortir, de l'essence de térébenthine sur une plaie encore vive qu'il s'était faite au bras, espérant être détourné par cette douleur aiguë de sa terrible tentation.

Sur sa photographie, on remarque cinq plaies récentes : (*a*) deux sur le bras gauche, une sur le ventre et deux à la face interne du mollet gauche; huit autres plaies (*b*) en voie de cicatrisation, quatre sur le bras gauche et quatre sur le ventre; on aperçoit, en outre, de petites cicatrices presque entièrement effacées.

Quelquefois, il ne se contente pas d'enlever la peau et de la manger, il coupe ensuite les parties sous-jacentes et un jour même, il s'est fait une plaie très profonde qui atteignait presque l'os.

La poursuite de la jeune fille choisie pour subir la section cutanée provoque l'érection, mais ne s'accompagne pas du désir de posséder la jeune fille, de cohabiter avec elle; c'est l'appétit de la peau fine et blanche qui pousse L... Dès qu'il tient le lambeau de peau entre les dents et qu'il peut la mâcher, il a une éjaculation. Celle-ci peut se produire aussi, en dehors de la masturbation, au moment où une lame est enfoncée dans la peau. Dans tous les cas, la mutilation est précédée d'angoisse et suivie d'un grand soulagement.

Le caractère de ce malade est d'une mobilité extrême. Tantôt gai, heureux, travaillant avec bonne humeur, tantôt, pour la raison la plus futile, déprimé, triste, hanté par des idées de suicide. Il a même fait dans le service une tentative très sérieuse de strangulation à la suite d'une simple observation du surveillant.

Il présente en même temps des idées mystiques, il est dévot et superstitieux et parfois, la crainte salutaire de l'enfer suffit à mettre un frein à l'onanisme.

Examiné au point de vue physique, le malade ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence, on remarque seulement comme chez les onanistes la forme en massue de la verge; ses autres organes ne nous montrent rien d'anormal.

L'alcoolisme du grand-père, l'épilepsie du père ont préparé chez L... le fond de dégénérescence sur lequel nous voyons, dès l'âge de six ans, surgir l'ob-

session bizarre de mordre et de manger la peau fine et blanche. La résistance s'accompagne d'angoisse et l'impulsion le pousse, en définitive, à se mutiler lui-même; l'acte accompli, même dans ces conditions douloureuses, provoque l'éréthisme génital et est suivi d'un grand soulagement. Ce sont bien là, on le voit, tous les caractères du syndrome épisodique, toujours les mêmes, quelle que soit l'étrangeté de ce syndrome.

CLINIQUE NERVEUSE.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. CHARCOT.

L'ANESTHÉSIE HYSTÉRIQUE;

CONFÉRENCE FAITE A LA SALPÊTRIÈRE LE VENDREDI 11 MARS 1892,

Par M. PIERRE JANET,

Professeur agrégé de philosophie, docteur ès lettres, élève du service.

MESSIEURS,

Vous êtes sans doute très surpris de voir un simple philosophe prendre la parole dans ces conférences du vendredi, qui ont été déjà illustrées par d'éminents cliniciens. Il ne faut pas trop m'en vouloir; c'est mon maître vénéré, ou plutôt c'est notre maître à tous, M. Charcot, qui a pensé qu'une leçon de psychologie pathologique ne serait pas ici entièrement déplacée. Cette opinion de M. Charcot ne vous étonne pas : vous savez qu'il n'a jamais voulu séparer l'étude de l'esprit humain de l'étude du système nerveux et que par son influence et ses propres recherches il a fait faire des progrès à la psychologie comme à la pathologie. Il y a des doctrines proprement psycho-

logiques qui sont passées dans l'enseignement officiel même des lycées et qui lui appartiennent : voici bien des années que tous les professeurs de philosophie parlent tous les ans à leurs élèves des différents types de mémoire, des visuels, des auditifs, des moteurs, des troubles du langage, et font au tableau noir un schéma célèbre que vous connaissez bien. Pour ne parler que du sujet qui doit nous occuper spécialement, vous savez que M. Charcot a démontré la nature morale, psychologique, des paralysies hystériques, qu'il a eu l'audace de présenter certaines paralysies flasques d'apparence toute physique comme de simples phénomènes de pensée. Par là, il a indiqué le chemin que l'on devait suivre pour étudier de la même manière d'autres symptômes de l'hystérie. Aussi est-il tout naturel que M. Charcot ait désiré entendre exposer dans l'amphithéâtre de la clinique des études nouvelles sur l'état mental des hystériques qui venaient simplement continuer les siennes. Quant à moi, je suis très fier que M. Charcot m'ait choisi pour vous exposer des questions qui l'intéressent si fort, je suis fier surtout qu'il ait en moi assez de confiance pour croire que mes analyses psychologiques ne s'écarteront pas de la vérité médicale, de la vérité clinique, à laquelle tout ici doit être subordonné. Je suis heureux aussi de cette occasion de lui témoigner ma reconnaissance : il y a déjà dix ou douze ans, quand j'étais professeur de philosophie en province, je suis venu sans titre et sans raisons demander quelques conseils à M. Charcot pour les études de psychologie expérimentale que je voulais aborder. M. Charcot l'a sans doute oublié, mais je me souviens encore de la bienveillance avec laquelle il m'a accueilli et des conseils précieux qu'il m'a donnés : je suis un de ses élèves plus qu'il ne le croit lui-même. Quand plus tard je suis venu travailler dans son service, la sympathie, l'amitié de tous que j'ai rencontrées ici, m'a rendu cher le service de la clinique, et si mes humbles travaux peuvent ajouter quelque petit détail aux belles recherches qui ont été faites dans ce service, je suis heureux de les lui offrir.

Messieurs, j'ai l'intention de vous parler de l'état mental de certains malades, mais il faut d'abord nous entendre sur ce mot. Autrefois, dans les ouvrages de médecine, on réunissait sous ce titre « état mental du malade » quelques remarques plus ou moins générales et plus ou moins banales sur le caractère et sur la conduite. On disait par exemple, en parlant des

hystériques, qu'elles rient et qu'elles pleurent sans motifs suffisants, qu'elles se fâchent à tout propos et sans propos, qu'elles ont un caractère insupportable, ce qui est assez vrai, ou bien qu'elles sont toujours menteuses, ce qui est absurde. C'est là une description trop superficielle, c'est ce qu'on peut appeler une psychologie de salons, ou, pour employer l'expression de mon excellent maître M. J. Falret, c'est une psychologie d'infirmières. La servante de la salle sait mieux que vous combien les hystériques ont le caractère insupportable; des médecins doivent étudier autre chose. Le mot « état mental d'une malade » doit désigner aujourd'hui pour le savant toutes les modifications qui peuvent survenir dans tous les phénomènes psychologiques, dans les sensations, les souvenirs, les perceptions, les associations d'idées, etc. Plus tard, au vingtième siècle peut-être, tous les malades, depuis le simple rhumatisant jusqu'au paralytique général, auront leur psychologie minutieusement étudiée dans tous ses détails. Nous allons voir, malheureusement, par les difficultés que présente l'étude psychologique des hystériques qu'un pareil idéal est encore loin d'être atteint.

I. — Je vous propose de prendre comme point de départ de notre étude des hystériques, l'analyse de leur *anesthésie :* ce choix se justifie à la fois par des motifs pratiques et des raisons théoriques. Ce qui rend souvent difficile l'examen des fonctions intellectuelles, c'est que par leur nature même, elles sont renfermées dans l'esprit du sujet et ne se manifestent guère à l'extérieur par des symptômes palpables, accessibles à l'observation. Au contraire, la sensibilité et l'insensibilité sont des phénomènes psychiques qui semblent posséder facilement des manifestations extérieures. On peut assez bien vérifier du dehors par des opérations faciles si un membre est sensible ou ne l'est pas et l'anesthésie est le fait psychologique le plus commode à étudier expérimentalement. Au point de vue théorique d'ailleurs, il suffit de vous rappeler le rôle immense que tous les psychologues ont fait jouer aux sensations dans la formation de l'intelligence, et vous comprendrez l'importance de l'anesthésie dans la psychologie pathologique. C'est donc l'anesthésie hystérique qui doit être l'objet de notre première étude psychologique. Je dis étude de psychologie, rassurez-vous cependant, je tiens trop à suivre les exemples qui m'ont été donnés ici même pour rester toujours dans la spéculation abs-

traite. Je vous décrirai des faits et je vous en montrerai; ce n'est que pour expliquer ces faits que nous nous permettrons quelques hypothèses et d'ailleurs, nous reviendrons bien vite à l'expérience pour vérifier nos suppositions. Partir de la clinique et revenir à la clinique en traversant pour un moment le champ des hypothèses psychologiques, tel est le plan que nous suivrons ensemble dans l'étude de l'anesthésie hystérique.

Soyez certains, messieurs, que je n'ai pas la prétention de vous décrire tous les caractères cliniques de cette anesthésie que vous connaissez parfaitement; je me contente de vous rappeler certains faits dont nous aurons peut-être à nous servir. Ainsi, vous savez que l'anesthésie est très fréquente chez les hystériques et qu'il est rare de rencontrer les autres symptômes de cette maladie sans qu'il y ait trace de celui-là. M. Pitres, dans son ouvrage si précis et si utile, ne compte que 5 p. 100 de malades sans anesthésie[1]; dans le service de M. Charcot, je n'en connais en ce moment-ci qu'une seule qui soit de ce genre. Peut-être aurons-nous à faire allusion à ces hystériques sans anesthésie et à vous montrer qu'elles ont cependant un symptôme moral à peu près équivalent à celui-là. Vous savez aussi que cette insensibilité peut être plus ou moins complète, et qu'elle peut atteindre toutes les parties de la peau, toutes les muqueuses accessibles et tous les organes des sens. On pourrait dire sans exagération que, si les psychologues découvrent un jour un sens nouveau que l'on n'avait pas encore remarqué, les médecins verront le lendemain qu'il existait une forme d'anesthésie hystérique non soupçonnée. Le sens tactile avec toutes ses variétés, sens de la douleur, de la température, du contact, le sens musculaire, le sens du goût, celui de l'odorat, l'ouïe même et la vue peuvent être séparément ou simultanément affectés. Je n'ai pas besoin non plus de vous rappeler que certaines anesthésies, celles de la vue par exemple, peuvent amener des phénomènes complexes, la diminution de l'acuité visuelle, la dyschromatopsie et le rétrécissement du champ visuel. Ce dernier fait, pardonnez l'expression de ce sentiment naïf, me cause une certaine admiration; je trouve que c'est un beau phénomène psychologique. L'étendue de l'espace qui est visible d'un seul coup d'œil, pendant que l'œil est immobile, est rétrécie, c'est-à-dire que le nombre des phéno-

[1] A. Pitres. — *Leçons cliniquessur l'hystérie*, 1891, t. I, p. 125.

mènes visuels qui peuvent, pendant un instant donné, pénétrer dans la conscience est considérablement diminué. Ce petit schéma de champ visuel rétréci que je vous montre est peut-être l'emblème de l'esprit tout entier des hystériques

Ces anesthésies, quelles qu'elles soient, peuvent se présenter sous des formes innombrables que nous rangerons dans certaines classes ; la division n'est sans doute pas bien précise, mais elle permettra de faire sur chaque catégorie quelques remarques psychologiques. Les anesthésies peuvent être *systématisées*, *localisées* ou *générales*.

Les *anesthésies systématisées* sont, à mon avis, plus fréquentes qu'on ne croit généralement, car on ne les remarque pas toujours. Elles ne portent pas sur toutes les sensations venant d'un certain sens, mais sur un groupe de sensations formant un système, en laissant parvenir à la conscience la connaissance de tous les autres phénomènes fournis par ce même sens [1]. Ce genre d'insensibilités, très intéressant, est facile à constater pendant le sommeil hypnotique et à produire par des suggestions appropriées. Le sujet, par exemple, verra toutes les personnes de la salle, mais ne pourra plus voir ni entendre une certaine personne qu'on lui aura désignée ; il pourra voir des objets, des papiers qu'on lui présente, mais ne pourra plus voir un certain papier marqué d'une croix. L'analyse de ce phénomène a été pour moi le point de départ de l'étude des anesthésies hystériques, mais il n'y a pas lieu d'y insister ici, car je dois surtout vous montrer des phénomènes produits naturellement par la maladie. Cette anesthésie systématisée se rencontre aussi et naturellement pendant les somnambulismes, quelle que soit leur origine. Le somnambule ne peut voir qu'une certaine catégorie, un certain système d'objets en rapport avec son rêve, et il semble absolument anesthésique pour tous les autres. L'automate, si bien décrit par M. Mesnet, ne voyait que son allumette et non celles qui étaient présentées par d'autres personnes [2]. Une somnambule, que j'ai décrite, voyait fort bien

[1] Sur les anesthésies systématisées, consulter deux études précédentes : Pierre Janet. *L'Anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques*, in Revue philosophique, 1887, t. I, p. 449, et l'*Automatisme psychologique*, 1889, p. 271. Nous demandons la permission de renvoyer quelquefois le lecteur à ce dernier ouvrage dans lequel certaines questions psychologiques sont traitées avec plus de développement qu'il n'est possible de le faire dans une leçon.

[2] Mesnet. — *Automatisme*, 1874, p. 19.

que la lampe apportée par elle avait besoin d'être remontée, mais ne voyait pas les personnes présentes cherchant en vain à attirer son attention [1]. Le même fait peut enfin se présenter même pendant la veille des hystériques. Je viens de lire dans l'ouvrage de M. Gilles de la Tourette une observation précise de ce genre : des hystériques, nous dit-il, continuent à sentir certains goûts quand elles semblent avoir perdu tous les autres; une malade ne savait plus reconnaître que le goût du jus d'oignons [2]. J'ai vu moi-même, autrefois, une malade qui m'avait semblé fort singulière : elle avait les deux mains absolument anesthésiques, mais elle reconnaissait toujours au contact deux ou trois objets seulement, appartenant à sa toilette habituelle, ses boucles d'oreille et ses épingles à cheveux en écaille. Tout autre objet mis dans ses mains, une pièce d'or ou un crayon, n'étaient absolument pas sentis. Une autre malade, ayant également les mains absolument anesthésiques, savait toujours, par le simple contact et sans miroir, si sa coiffure était bien ou mal disposée, selon ses goûts. Il semble qu'ici la sensibilité et l'insensibilité soient réparties, non pas d'après des causes physiques, mais d'après certaines idées qui déterminent le choix des impressions senties ou non senties.

Parmi les *anesthésies localisées*, nous insisterons surtout sur celles qui ont été autrefois décrites par M. Charcot, sous le nom d'anesthésies en segments géométriques [3]. Des organes entiers, ou des parties d'organes, un doigt, la main ou la cuisse, deviennent anesthésiques dans toute leur superficie, et l'insensibilité est limitée par des lignes assez régulières, perpendiculaires le plus souvent à l'axe du membre. Ces répartitions de l'anesthésie ne correspondent évidemment pas à des régions anatomiques, ce n'est pas le territoire innervé par le cubital ou le médian qui est anesthésique, c'est la main ou le poignet. Un malade actuellement dans le service a conservé, à la suite d'une monoplégie hystérique en voie de guérison, un bracelet d'anesthésie occupant exactement la région du poignet, tandis que la sensibilité est intacte à la main et à l'avant-bras.

[1] *Electivité ou esthésie systématisée*, in *Automatisme psychologique*, p. 287.

[2] Gilles de la Tourette. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1891, p. 183.

[3] *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1887, t. III, p. 345.

Ce n'est pas là évidemment le territoire d'un nerf spécial. Ce n'est pas non plus une aire vasculaire irriguée par une même artère, ainsi que l'avait autrefois supposé Briquet, pour expliquer ces répartitions de l'anesthésie. Non, la localisation n'est pas anatomique, elle est physiologique, comme le dit justement M. Charcot. Mais je voudrais ajouter un mot, cette répartition correspond à une physiologie bien grossière, bien populaire. Quand une hystérique a la main paralysée, où devrait être son insensibilité ? Sur les muscles qui ne fonctionnent pas, c'est-à-dire sur l'avant-bras. Et cependant, l'anesthésie est presque toujours limitée à la main elle-même et au poignet. Dans la cécité hystérique, l'anesthésie ne porte pas seulement sur la rétine, mais sur la conjonctive et même sur les paupières : l'hystérique amaurotique a une lunette d'anesthésie sur la face. Elle a perdu l'œil, non pas seulement dans le sens physiologique, mais dans le sens populaire du mot, c'est-à-dire tout ce qui remplit l'orbite. Il semble donc que, même dans ces anesthésies localisées, les associations habituelles de nos sensations, les idées que nous nous faisons de nos organes, jouent un rôle important et déterminent ces répartitions.

En troisième lieu, les anesthésies peuvent être générales, envahir toute la surface du corps et supprimer plus ou moins complètement telle ou telle catégorie de sensations. Nous avons ici encore une remarque importante à faire, qui s'appliquait déjà aux faits précédents, mais qui maintenant devient bien plus frappante. Les anesthésies hystériques ne sont ni dangereuses, ni gênantes. Elles ne s'accompagnent pas, du moins à l'ordinaire, de troubles de la circulation, de la nutrition des parties, elles semblent ne troubler aucunement les fonctions normales. Cela est si vrai que le plus souvent, et c'est un point capital, le sujet ignore ses propres anesthésies [1]. Peut-être ne vous rendez-vous pas bien compte de ce caractère, quand vous l'examinez ici dans le service. La plupart des malades qui viennent ici ont déjà été examinées par des médecins suffisamment instruits pour rechercher les stigmates hystériques, et elles vous avertissent elles-mêmes qu'elles ne sentent pas du côté gauche. C'est qu'on le leur a appris ; quand on observe une hystérique pour la première fois, ou bien quand on étudie des malades venant de la campagne, on constate, comme je l'ai

[1] Cf. Pitres, *op. cit.*, t. I, p. 74, et Gilles de la Tourette, *op. cit.*, p. 161.

fait souvent autrefois, qu'elles portent sans s'en douter et sans en souffrir les anesthésies les plus profondes et les plus étendues. Il est loin d'en être ainsi pour les anesthésies de cause organique, et il suffit de vous rappeler quelques exemples bien connus. Vous savez comment se présentent dans le service, les malades atteints de cette affection intéressante et nouvellement étudiée, la syringomyélie. Ils ont des traces de brûlures aux doigts et ils se plaignent de se brûler à chaque instant sans le sentir. Est-ce que les hystériques ont souvent des brûlures aux mains? Evidemment non, et cependant la thermo-anesthésie est loin d'être rare dans l'hystérie. Vous connaissez également ce symptôme particulier du tabes, que M. Charcot a été l'un des premiers à décrire, et qu'il a appelé le masque tabétique. Les malades perdent la sensibilité d'une partie plus ou moins étendue de la face, mais ils s'en rendent compte subjectivement, ils se plaignent qu'une partie de leur figure a disparu et déclarent éprouver à ce propos une impression horrible. Demandez donc aux hystériques qui ont de l'anesthésie de la face et qui sont légion, si elles éprouvent une sensation horrible, et elles vous répondront toutes que cela leur est bien égal.

A propos de cette différence entre les sensations subjectives produites par l'anesthésie hystérique et celles qui accompagnent l'anesthésie de cause organique, permettez-moi de vous raconter une petite anecdote. Je ne l'ai pas recueillie moi-même, mais elle m'a été rapportée par mon frère, le Dr Jules Janet. Quand il était interne à la Pitié, chez M. le Dr Polaillon, il eut l'occasion d'observer le cas suivant : Une jeune fille d'une vingtaine d'années avait été victime d'un accident assez grave; elle était tombée au travers d'une porte vitrée et si malheureusement, qu'un fragment de verre lui fit une profonde entaille à la face inférieure du poignet droit, juste au-dessous de l'éminence thénar. On arrêta l'hémorrhagie et la plaie se cicatrisait tant bien que mal, quand la jeune fille peu de jours après l'accident se présentait à la consultation ; elle éprouvait un certain engourdissement dans la main droite, mais la paralysie n'était pas manifeste. Elle se plaignait surtout d'une insensibilité persistante et des plus gênantes siégeant à la paume de la main : cette anesthésie faible aux doigts était en effet complète au niveau de l'éminence thénar. Il s'agissait évidemment d'une section plus ou

moins complète du médian et surtout de ses filets superficiels. Mais en prenant l'observation de la malade, on fit une singulière découverte : c'était une hystérique et elle avait sur tout le côté gauche, du haut en bas, une anesthésie complète dont elle n'avait pas dit un mot. Le médecin se moqua d'elle et lui dit : « Comment, mademoiselle, venez-vous gémir pour une insensibilité qui occupe une toute petite région de la paume de la main droite, tandis que vous ne vous apercevez même pas que vous ne sentez absolument rien sur tout le côté gauche. » La pauvre fille fut interloquée et très honteuse ; à mon avis, elle aurait pu répondre avec plus d'assurance et dire au médecin : « Que voulez-vous ? Je constate ce que j'éprouve, mon insensibilité de la paume de la main droite me gêne et mon insensibilité de tout le côté gauche ne m'a jamais gênée. Quant à vous, médecin, expliquez cela comme vous pourrez. »

La même remarque peut se faire, je crois, pour tous les sens, même pour le sens visuel. Il est une maladie bien connue des oculistes, la rétinite pigmentaire, qui consiste en une sclérose de la rétine, progressive et marchant de la périphérie vers le centre. Naturellement, une lésion pareille produit un rétrécissement progressif et concentrique du champ visuel. Mais ces malades sont extrêmement malheureux ; ils arrivent à peine à se conduire dans la rue et font de perpétuels efforts pour remuer dans tous les sens leur œil dont le champ visuel est rétréci. Ces efforts exagérés amènent des souffrances et des troubles dans les mouvements des paupières et de l'œil. Est-ce que les hystériques ont des souffrances et compensent-elles leur rétrécissement par des convulsions du globe oculaire? Dimanche dernier, en venant dans le service, j'ai rencontré plusieurs des jeunes malades qui jouaient au ballon dans la cour. Il ne faut jamais perdre une occasion de faire une observation psychologique et j'ai remarqué que, parmi les plus animées au jeu et les plus habiles, se trouvait une jeune fille que je vais d'ailleurs vous présenter tout à l'heure. Elle a aux deux yeux un rétrécissement énorme, le champ visuel à droite et à gauche n'est pas plus grand que 5°, c'est-à-dire qu'il est réduit à un point. Comment se fait-il que les malades atteints de rétinite pigmentaire aient peine à se conduire dans la rue, quand ils ont un rétrécissement de 20 à 15°, tandis qu'une jeune hystérique court après un ballon et le rattrape en l'air avec un rétrécissement double de 5° ? Est-ce que Messieurs les

médecins oculistes ont suffisamment médité sur ce petit problème ?

Les remarques précédentes sur la systématisation, la répartition intelligente et le peu de gravité des anesthésies hystériques nous montre déjà que nous avons affaire à un phénomène tout particulier qui ne ressemble pas aux autres lésions nerveuses. Un certain nombre d'observations que nous avons eu l'occasion de faire autrefois et que beaucoup d'entre vous ont dû faire également de temps à autre vient confirmer singulièrement ces remarques et augmenter notre embarras.

Il y a déjà quelques années, j'observais des malades hystériques dans un service de l'hôpital du Havre que m'avait si obligeamment ouvert mon excellent ami le Dr Powilewicz. J'étudiais à peu près seul et sans guide et je m'embarrassais à chaque instant d'une manière peut-être excessive : vous allez en juger. Pour me rendre utile dans le service, je m'étais chargé d'électriser les jambes d'une malade atteinte de paraplégie hystérique. Elle était complètement anesthésique, ainsi que je l'avais vérifié cent fois, elle avait un rétrécissement considérable du champ visuel, une achromatopsie complète des deux yeux, enfin tous les symptômes classiques. Dans ma naïveté, je m'intéressais aux contractions musculaires provoquées par le contact de l'électrode négative et je promenais mon tampon sur les cuisses et sur les jambes ; quand tout à coup, une remarque accidentelle fit tomber tout mon enthousiasme. Les deux fils qui rattachaient les tampons à l'appareil étaient tombés peut-être depuis longtemps et j'électrisais en réalité avec de simples morceaux de bois. Mon premier mouvement fut de m'écrier et de rattacher les fils aux bornes ; mais je me souvins à temps du conseil que M. Charcot m'avait donné peu de temps auparavant. « Avec les hystériques ne vous étonnez jamais de rien : *nil admirari*, doit être votre devise. » Eh bien, soit, ne soyons pas surpris et puisque, après tout, les contractions musculaires se produisaient bien tout à l'heure, continuons. Je pris seulement la précaution de détourner la tête de la malade et de cacher les yeux par un écran : les contractions se produisirent de plus belle au simple contact du tampon. Ce n'est pas, direz-vous, une chose bien merveilleuse ; il y a là une sorte d'habitude, une suggestion qui s'exécute. C'est bien aussi mon avis, mais je voudrais seulement savoir comment cette malade qui avait toute la peau du

corps absolument insensible pouvait sentir le moment où mon tampon touchait ses jambes, pour produire un mouvement à ce moment et seulement à ce moment.

A peu près, au même moment, je fis une autre observation également embarrassante, mais il s'agissait cette fois des sensations musculaires et non des sensations tactiles. J'étudiais non plus à l'hôpital, mais chez elle une jeune femme de vingt-deux ans que j'ai souvent décrite sous le nom de Lucie. Elle avait à peu près tous les jours dans la soirée une grande attaque hystérique qui se prolongeait plus de cinq heures. Permettez-moi de vous décrire en deux mots cette attaque intéressante à plusieurs points de vue. Après une aura assez longue, la malade tombait brusquement à la renverse, immobile, entièrement contracturée, elle paraissait respirer difficilement et sa face devenait violette. Suivaient de grands mouvements, arcs de cercle, salutations, coups de pied, etc., et brusquement la malade se dressait les yeux ouverts. Elle regardait fixement les rideaux de sa fenêtre et gardait les bras en l'air dans la position de la terreur. J'ai appris plus tard qu'elle avait alors une hallucination terrifiante et croyait voir des hommes cachés dans ces rideaux. Cette attitude, presque sans modifications, se prolongeait sans exagération pendant une heure. Puis la malade remuait de plus en plus et entrait dans une sorte de délire somnambulique fort curieux, pendant lequel elle avait la singulière habitude de descendre à la cuisine et de se faire un dîner sommaire qu'elle mangeait de bon appétit, tandis qu'elle refusait de manger pendant la veille. Cette crise est remarquable, commme vous le voyez, par son caractère en quelque sorte classique ; n'oublions pas que cette pauvre femme de vingt-deux ans habitait les faubourgs d'une ville de province, qu'elle n'avait jamais été dans un hôpital et que même elle n'avait été examinée par aucun médecin. Pour le moment, nous n'avons à insister que sur un seul détail : j'avais remarqué que pendant la veille la plus normale, il suffirait de lui lever les deux bras et de les placer dans la posture de terreur qu'ils prenaient pendant la crise pour provoquer aussitôt une attaque. Rien de plus simple et de plus connu, me direz-vous, vous éveillez par la notion de la position des bras l'idée principale de l'attaque et le reste se déroule. C'est vrai, mais il y a un petit détail : Lucie était anesthésique de tout le corps et ne présentait plus nulle part aucune trace du

sens musculaire. Comme une malade que l'on vous a présentée ici dernièrement, elle tombait brusquement dès qu'on lui fermait les yeux. Or, j'ai souvent pris la précaution de lui fermer les yeux avant de placer les bras et la crise n'en commençait pas moins, dès que les membres avaient la position voulue. Comment donc la notion de cette position a-t-elle été appréciée par un sujet aussi insensible?

Le procédé précédent qui consiste à provoquer la crise d'hystérie au moyen de ces sensations en apparence disparues de l'esprit du sujet m'a permis de reproduire ici une expérience analogue, non plus sur le sens musculaire, mais sur le sens visuel. Il y avait dans le service, au mois d'octobre dernier, un jeune homme de seize ans qui avait eu sa première attaque d'hystérie à la suite d'une forte frayeur qu'il avait éprouvée pendant un incendie. Comme vous le devinez, il reproduisait cet épisode à chacune de ses attaques, criait « au feu ! », appelait les pompiers, se débattait dans les flammes. En outre il suffisait, quand il était bien calme, de lui parler d'incendie et surtout de lui montrer une petite flamme pour provoquer aussitôt le retour de l'attaque. Un jour, je le plaçais en face du périmètre, comme pour lui mesurer le champ visuel, je lui fis fermer l'œil droit et fixer avec l'autre œil le point central. Il s'attendait à voir avancer sur l'arc de cercle noirci un morceau de papier comme il l'avait vu souvent. Mais je tenais soigneusement cachée derrière son dos une allumette enflammée et je l'approchai doucement de l'extrémité de l'arc. L'allumette était à peine vers le degré 80, que le malade poussa un cri « au feu! » et se renversa en convulsions. Rien d'étonnant sans doute, puisque vous savez que la vue d'une flamme amenait la crise. Mais ici encore une question obscure, ce malade avait du côté gauche, ainsi qu'on l'avait mesuré plusieurs fois, le champ visuel rétréci à 30°, au maximum 35°, et mon allumette étant à 80° se trouvait évidemment placée dans la partie du champ visuel qui était invisible, son image se projetait sur la partie anesthésique de la rétine.

Cette étude de l'anesthésie oculaire chez les hystériques peut se faire d'une autre façon, qui a conduit déjà plusieurs observateurs à faire des remarques analogues à celles que nous venons d'exposer. Les hystériques présentent souvent, quand on les examine, une amaurose complète d'un œil. Mais cette perte d'un œil semble les gêner si peu, comme d'ailleurs

les autres insensibilités, que l'on a été conduit à examiner ce symptôme avec quelque sévérité. Les médecins majors dans les régiments, très experts dans l'art de démasquer les supercheries médicales, ont appliqué aux hystériques amaurotiques les procédés qui leur servaient dans les conseils de revision. L'un de ces procédés consiste à faire regarder les sujets dans la boîte de Flees; c'est un petit instrument, que vous voyez, très ingénieux : grâce à un jeu de miroirs, le sujet qui regarde dans la boîte en tenant les deux yeux ouverts voit à sa droite un objet, un pain à cacheter rouge par exemple, qui est vu en réalité uniquement par l'œil gauche et il voit à sa gauche un pain à cacheter blanc qui est vu uniquement par l'œil droit. Supposons un simulateur non prévenu prétendant n'y pas voir de l'œil gauche, il dira qu'il ne voit pas le point qui lui apparaît à gauche, il supprimera le point blanc et ne parlera que du point rouge qui lui apparaît à droite; or justement ce point rouge ne peut être vu que par l'œil gauche. Eh bien, montrons cette boîte à une hystérique amaurotique de l'œil gauche, elle va tomber dans l'erreur des simulateurs, comme fait une jeune fille que je vais vous montrer, ou bien elle verra plus naïvement encore les deux pains à cacheter, comme faisait une malade de M. Pitres [1].

M. Charcot et M. Regnard ont constaté, il y a déjà longtemps, un fait analogue à propos de la dyschromatopsie hystérique. Une malade ne distinguait que le rouge et ne voyait pas les autres couleurs, mais si on faisait tourner devant ses yeux une roue de Newton sur laquelle étaient peintes les sept couleurs du prisme, le sujet voyait se former une teinte blanc grisâtre, comme si toutes les couleurs eussent produit sur elle leur effet habituel [2]. Plus tard M. Parinaud, l'éminent chef du laboratoire d'oculistique, reprit cette étude de l'amaurose unilatérale avec une grande précision [3]. M. Bernheim a repris et confirmé ces expériences en comparant l'amaurose hystérique et l'amaurose suggestive [4]. M. Pitres a également pour-

[1] Pitres, *op. cit.*, t. I, p. 102.

[2] Gilles de la Tourette, *op. cit.*, 346.

[3] Cf. Thèse d'agrégation de M. Grenier : *Des localisations dans les maladies nerveuses*, 1886; M. Parinaud : *Anesthésie de la rétine*, etc., bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1886, et du même auteur : *Sur une forme rare d'amblyopie hystéro-traumatique*, bulletin médical, 1889, p. 777.

[4] Revue de l'hypnotisme, 1887, p. 68.

un tampon à tenir et avec l'autre tampon, je lui touche légèrement la peau de l'avant-bras gauche sans qu'elle puisse voir à quel moment je touche. Voyez les belles secousses musculaires, et comme la main se relève brusquement dès le plus léger contact. Inutile de vous faire remarquer, messieurs, que la pile ne marche pas, comme vous le voyez, le zinc n'est pas baissé [1].

Je ne puis pas répéter devant vous l'expérience qui consistait à provoquer la crise de ce jeune homme en lui montrant une allumette dans la partie invisible du champ visuel, le malade n'est plus dans le service. Mais je puis reproduire sur cette jeune fille une expérience à mon avis tout aussi démonstrative. Je l'ai habituée à s'endormir quand elle voit mon doigt levé devant elle, c'est une de ces suggestions à point de repère que vous connaissez bien. Eh bien ! je la place au périmètre, l'œil droit fermé et l'œil gauche fixé sur le point central, j'avance lentement mon doigt sur l'arc de cercle, il n'est pas encore au degré 80 que Berthe est déjà tombée en arrière hypnotisée.

Que pensez-vous de ces observations? Quel est votre avis sur l'état de la sensibilité de ces deux jeunes filles? Si vous aviez un rapport à faire sur elles, que diriez-vous ? Sont-elles sensibles du côté gauche? On peut traverser leur peau avec des épingles sans qu'elles le sachent. Sont-elles insensibles? Elles répondent dès qu'on les touche, même légèrement. Isabelle est-elle aveugle ou ne l'est-elle pas? Berthe a-t-elle un champ visuel rétréci? Ce sont des questions cliniques que je vous pose et vous voyez que leur intérêt est très réel si l'on veut comprendre l'hystérie. Vous n'hésiterez donc pas à me suivre dans quelques études de psychologie bien simple qui nous sortiront peut-être de cet embarras.

II. — L'esprit humain n'admet pas la contradiction absolue dans les phénomènes qu'il étudie, il a besoin de comprendre c'est-à-dire de rétablir l'unité en apparence compromise. Mais pour mettre de l'unité au milieu de faits divers il faut une idée, une théorie : les hypothèses peuvent avoir des défauts et des

[1] On devine que ce fait n'est pas ici aussi naturel que dans mon observation fortuite de 1887 : il est obtenu ici par une suggestion dont l'exécution seule est intéressante.

dangers; elles sont inévitables. Renoncer aux hypothèses, c'est renoncer à comprendre et même à penser. C'est par elles que la science ressemble à l'art et à la poésie, elles forment cette partie de lui-même que l'esprit humain doit mettre dans les faits pour les rendre intelligibles à des hommes. Il nous faut donc une hypothèse pour comprendre l'anesthésie hystérique.

Ce besoin est si réel que depuis longtemps, les observateurs superficiels ont expliqué à leur façon et par un procédé commode les contradictions présentées par ces malades. Elles prétendent ne pas sentir et par des artifices on prouve qu'elles sentent parfaitement. Donc leur insensibilité est simulée et vos procédés ne sont que des moyens de tromper un trompeur et de démasquer la supercherie. Il faut avouer que les hystériques n'ont pas de chance : autrefois, on les brûlait comme sorcières et on les accusait de cohabiter avec le diable ; puis on leur a attribué toutes les débauches imaginables et pour le peuple, elles sont encore le type de la passion érotique; nous croyons être plus avancés et nous inventons la simulation hystérique.

Peut-être serez-vous un jour convaincus que cette fameuse simulation n'existe que dans l'esprit des médecins incapables de comprendre un fait moral. Je me contente de vous montrer en peu de mots combien cette explication est ici grossière et insuffisante. Ont-elles un intérêt quelconque à simuler l'anesthésie pour le seul plaisir de se faire traverser le bras avec des aiguilles? Ces jeunes filles passent-elles au conseil de revision, pour simuler l'amaurose unilatérale? Cette supercherie compliquée est-elle d'accord avec la simplicité naïve de ces deux petites jeunes filles que je viens de vous montrer? Comment dans tous les pays civilisés les hystériques se sont-ils entendus pour simuler la même chose depuis le moyen âge jusqu'à aujourd'hui? Si les hystériques simulaient, se laisseraient-ils prendre à des pièges aussi grossiers que ceux qui leur sont tendus? Enfin est-ce qu'ils sont venus se vanter de leurs anesthésies ? Mais je vous ai dit que ces malades les ignorent. C'est nous qui les leur révélons et ils pourraient nous dire : « Si vous n'êtes pas content de notre insensibilité, n'en parlez pas, ce n'est pas nous qui vous l'avons signalée et nous ne tenons pas à passer pour insensibles. »

Il faut sortir de ces explications grossières et puisque l'in-

sensibilité comme la sensibilité sont des faits psychologiques, il faut demander à la psychologie quelques notions sur les sensations. Ce phénomène de la sensation a été défini d'une manière fort vague : la plupart des psychologues admettent d'une façon plus ou moins explicite des définitions analogues à celles de Wundt : « les sensations sont des états de conscience primitifs qu'il est impossible de décomposer en phénomènes plus simples[1] ». En un mot, les sensations seraient en psychologie ce que sont les atomes en chimie, et cette notion semble d'une manière générale assez satisfaisante. Mais immédiatement la plupart des psychologues ajoutent une autre formule pour compléter et préciser la première. « La sensation, disent-ils, c'est le phénomène qui se passe en *moi* quand je puis dire : *je* sens, *je* vois[2]. » Cette seconde définition, loin d'éclaircir la première, nous semble en complète contradiction avec elle.

Les mots « *je vois*, *je sens* », loin de pouvoir s'appliquer à un phénomène simple, désignent au contraire un phénomène fort complexe. L'un des deux mots que contiennent ces expressions « *sentir*, *voir* », peut à la rigueur s'appliquer à un phénomène simple, à un atome psychologique. Un physiologiste, Herzen[3], disait que l'on peut comparer le cerveau à une vaste salle remplie d'une quantité innombrable de petits becs de gaz. De temps, en temps, certaines petites lampes s'allumeraient de côté et d'autre, c'est ce que désigne ce mot isolé « *sentir*, *voir* ». Mais il est loin d'en être ainsi pour les mots « *je*, *moi* », ce sont des termes énormément complexes. C'est l'idée de la personnalité, c'est-à-dire la réunion des sensations présentes, le souvenir de toutes les impressions passées, l'imagination des phénomènes futurs, c'est la notion de mon corps, de mes capacités, de mon nom, de ma situation sociale, de mon rôle, c'est un ensemble de pensées morales, politiques, religieuses, etc., c'est un monde d'idées, le plus considérable peut-être que nous puissions jamais connaître, car nous sommes loin d'en avoir fait le tour. Il y a donc dans le « *je sens* », deux choses en présence, un

[1] Wundt. — *Psychologie physiologique*. Traduct. 1886, t. I, p. 305.

[2] Sur ces discussions psychologiques, consulter *Automatisme psychologique*, p. 39 et p. 305.

[3] Herzen. — *Le cerveau et l'activité cérébrale*, 1887. Consulter tout le chapitre excellent sur la conscience et la personnalité, p. 197.

petit fait psychologique nouveau, une petite lueur qui s'allume « *sens* » et une énorme masse de pensées déjà constituées en système « *je* ». Ces deux choses se mélangent, se combinent, et dire « je sens », c'est dire que la personnalité déjà énorme a saisi et absorbé cette petite sensation nouvelle qui vient de se produire. Si j'osais, et ce n'est pas tout à fait absurde, je vous dirais que le « je » est un animal vivant extrêmement vorace, une sorte d'amibe étalée sur le tableau qui envoie un prolongement pour saisir et absorber un tout petit être, la petite sensation qui vient de naître à côté de lui.

Cette opération d'assimilation et de synthèse se répète pour chaque sensation qui naît en nous et il en naît à chaque moment une quantité qui ont leur origine dans toutes ces mille impressions que reçoivent incessamment tous nos sens. Nous pouvons alors nous représenter ce qu'on appelle vulgairement la sensibilité comme une opération à deux temps. Premier temps : il se produit dans l'esprit, dans les cellules corticales du cerveau, si vous voulez, un très grand nombre de petits phénomènes psychologiques élémentaires à la suite des innombrables excitations extérieures : ce sont des phénomènes dus au sens tactile TT'T", au sens musculaire MM'M", au sens visuel VV'V", auditif AA'A", pour ne prendre que ceux-ci

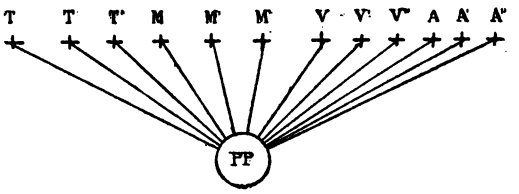


Fig. 1.

comme exemple. Appelez ces phénomènes comme vous voudrez, des *sensations élémentaires*, des *états affectifs*, pour employer l'expression d'un célèbre psychologue français, Maine de Biran, que les élèves de l'école de médecine auront quelque jour à étudier, ou simplement des *phénomènes subconscients;* rappelez-vous seulement que ce sont des faits psychologiques simples sans l'intervention de l'idée de personnalité. Deuxième temps : il s'opère une réunion, une synthèse de tous ces phénomènes élémentaires qui sont combinés entre eux, et surtout combinés avec la notion vaste et antérieure de la personnalité.

tinueront à l'assaillir; au deuxième moment, il regardera un objet en le touchant et il appréciera le contact cette fois-ci sans avoir conscience des bruits environnants. Au troisième moment, il écrira sous la dictée, ayant la perception du son de la voix, de la vision des lettres et des mouvements musculaires. Vous voyez donc que, dans ce cas, il n'y aura pas de véritables anesthésies; si on examine successivement chaque sens en attirant sur lui l'attention du sujet, on verra qu'il peut avoir la perception de toutes les impressions. Cet individu qui a déjà le champ de conscience très rétréci n'est pas un anesthésique, c'est simplement un *distrait*.

Mais allons plus loin, et supposons que le champ de conscience se rétrécisse encore; le malade ne peut plus percevoir à la fois que deux sensations élémentaires. Par nécessité même, il réserve cette petite perception pour les sensations qui lui semblent à tort ou à raison les plus importantes, les sensations de la vue et de l'ouïe. Il faut avoir conscience de ce que l'on voit et de ce que l'on entend et il néglige de percevoir les sensations tactiles et musculaires dont il croit pouvoir se passer. Au début, il pourrait peut-être encor se tourner vers elles, les reprendre dans le champ de la perception personnelle, au moins pour un moment. Mais l'occasion ne s'en présente pas et lentement la mauvaise habitude psychologique est prise. Mille circonstances, les exemples, les suggestions, les investigations médicales mêmes peuvent avoir une grande influence pour déterminer, pour fixer de telles habitudes. Rien n'est plus grave, plus résistant que ces habitudes morales, il y a une foule de maladies qui ne sont que des tics psychologiques. Un beau jour le malade, car vous devinez qu'il est devenu un malade, est examiné par le médecin. On lui pince le bras gauche, on lui demande s'il sent le pincement, et à sa grande surprise, le patient constate qu'il ne sait plus sentir consciemment, qu'il ne peut plus, si j'ose ainsi dire, rattraper dans sa perception personnelle des sensations trop longtemps négligées : il est devenu *anesthésique*[1].

Ce sont là, messieurs, des hypothèses, mais elles ont été imaginées pour expliquer le plus simplement possible les faits que nous avons constatés. Elles consistent à supposer un petit

[1] On trouvera la discussion plus précise de ces théories psychologiques dans l'*Automatisme psychologique*, 1889, p. 305.

nombre de choses importantes dont voici, je crois, les deux principales : 1° les sensations existent dans l'esprit humain sous deux formes différentes, sous forme de perceptions personnelles, caractérisées par la conscience complète et la notion de personnalité et sous forme de sensations élémentaires, subconscientes, sans être rattachées à la personnalité; 2° la perception personnelle peut disparaître, tandis que les sensations élémentaires persistent; cette disparition de la perception personnelle se fait par un mécanisme analogue, ne me faites pas dire identique, à celui qui est connu sous le nom de la distraction.

III. — Une hypothèse doit toujours pouvoir être vérifiée par ses conséquences, et il est facile de prévoir que les propositions précédentes, si elles ont quelque vérité, doivent amener avec elles des conséquences nombreuses, accessibles à l'observation. La supposition principale que nous avons faite est celle de l'existence permanente des phénomènes élémentaires, des sensations subconscientes, malgré les distractions et les anesthésies hystériques. Si de telles sensations existent, direz-vous, elles doivent pouvoir se manifester, car des sensations mêmes élémentaires jouent toujours un certain rôle. Cela est incontestable et nous devons chercher maintenant ces manifestations sur les sujets que je vous ai présentés.

Vous savez, sans que j'insiste sur la théorie de ce phénomène, que les sensations amènent à leur suite des mouvements; eh bien, les sensations dont nous parlons même non senties par le sujet se manifestent par des mouvements souvent très visibles. D'abord vous n'ignorez pas que la plupart des réflexes sont conservés dans l'anesthésie hystérique. M. Charcot nous a montré dernièrement un homme absolument anesthésique du côté gauche. Il suffisait d'effleurer, même à son insu, la peau insensible de la paroi abdominale du côté gauche pour provoquer la contraction des muscles sous-jacents. C'est le réflexe abdominal de Rosenbach dont la conservation était évidente. Le réflexe crémastérien se manifestait aussi bien, quand on touchait la face interne de la cuisse gauche insensible[1]. Les réflexes circulatoires vaso-moteurs sont aussi parfaitement intacts, ainsi que mon ami M. Hallion l'a démontré l'année

[1] Cf. Pitres, *op. cit.*, t. I, p. 71.

dernière au moyen d'un appareil fort ingénieux. Les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont intacts, comme vous pouvez le voir, même pour l'œil amaurotique d'Isabelle et cependant ces réflexes dépendent de la sensibilité rétinienne. Vous savez aussi que, dans l'état normal, la pupille se dilate, quand on excite un organe sensible quelconque et, sur ces deux jeunes filles vous pouvez constater ce fait curieux signalé, si je ne me trompe, pour la première fois par M. Pitres. Leur pupille se dilate quand on vient à pincer fortement même leur bras gauche anesthésique [1].

Ce sont là des réflexes que vous considérez comme tout à fait organiques, quoiqu'ils soient liés cependant à la sensibilité. Je vais vous montrer des faits du même genre qui vous paraîtront peut-être plus curieux. Dans la main insensible de Berthe, je mets un objet sans la prévenir et sans qu'elle le puisse voir. Vous constatez ce qui s'est passé, elle a saisi et tâté la paire de ciseaux que je lui avais mise dans la main, elle a glissé les doigts dans les anneaux, et sa main se met à ouvrir et à fermer alternativement les ciseaux. Dans les mêmes conditions, je lui place dans la main un objet plus petit; vous voyez que la main fait des mouvements de va et vient comme pour coudre une étoffe, elle tient une aiguille. En un mot, ces sensations en apparence non senties amènent régulièrement le mouvement qui les suivrait dans les conditions normales.

Les sensations sont aussi, et très souvent même, le point de départ de ce qu'on appelle en psychologie des associations d'idées. Une sensation devient une sorte de signe, à propos duquel naissent dans l'esprit des souvenirs ou des images variées. C'est ce qui arrive, quand nous voyons un drapeau, quand nous entendons la cloche qui nous fait penser à l'arrivée du chef de service, ou simplement quand nous regardons des lettres écrites sur un papier. Eh bien, j'établis dans l'esprit de cette jeune fille une association de ce genre, je lui affirme qu'au moment où je toucherai son pouce, elle verra devant elle un papillon, et qu'au moment où je toucherai son petit doigt, elle verra un oiseau bleu. C'est une suggestion évidemment, mais remarquez un peu la façon dont elle s'exécute. Je détourne sa tête et la cache par un écran, et, cela fait, je touche légèrement le petit doigt de la main

[1] Cf. Pitres, *op. cit.*, t. I, p. 73.

gauche, la main anesthésique, ne l'oublions pas, et Berthe s'écrie : « Oh ! le bel oiseau bleu ! » Sans la prévenir, j'ai touché maintenant son pouce, et elle s'est écriée : « Ce n'est plus un oiseau, c'est un papillon. » Elle ne se trompe jamais; il faut donc que la sensation du contact au petit doigt ou au pouce existe d'une façon quelconque, pour amener aussi régulièrement l'image à laquelle elle est liée. Voulez-vous répéter cette expérience d'une autre manière : Voici Isabelle qui est aveugle de l'œil gauche. Je lui fais une suggestion du même genre : « Quand je te montrerai une couleur bleue, tu entendras sonner des cloches. » Fermons-lui bien l'œil droit et montrons à son œil gauche, aveugle, des laines de couleur. Aux premières laines elle ne dit rien, sinon qu'elle est dans l'obscurité complète. La voici qui s'écrie : « Ah ! j'entends des cloches ! » Regardez, c'est que je lui ai mis une laine bleue devant l'œil aveugle. Cette expérience pourrait être répétée de cent manières sur ces malades et sur d'autres, elle aurait toujours le même résultat.

Enfin, messieurs, des sensations ont une autre conséquence encore, qui peut être bien plus importante, elles laissent des souveuirs. J'ai démontré autrefois que les impressions faites sur des organes anesthésiques laissent des souvenirs que l'on peut plus ou moins facilement faire réapparaître [1]. Ces anciennes expériences n'étaient pas toujours simples à reproduire rapidement, en voici une qui peut se faire assez vite. Je cache la tête de Berthe par un écran, et je lui mets un petit objet dans la main gauche; elle le tâte, mais ne peut savoir ce que c'est, elle déclare ne rien sentir. Je fais passer sous son nez un flacon d'odeurs, elle aspire et ne sent pas, vous savez qu'elle est absolument anosmique. Cela fait, je la fais entrer en somnambulisme. C'est chez elle un somnambulisme tout particulier qui se produit, cela ne vous surprend pas, car mon ami, M. Guinon, vous a dit ici dernièrement qu'il y avait une quantité d'états somnambuliques différents. Vous me permettrez, aujourd'hui, de me servir de ce somnambulisme sans vous expliquer sa nature. Maintenant qu'elle est bien endormie, je lui demande ce qu'elle avait dans la main gauche tout à l'heure, et ce qu'elle a senti sous son nez. Elle répond sans hésiter : « Vous m'avez mis dans la main gauche un petit bou-

[1] *Autom. psych.*, p. 295.

quet de fleurs, et vous m'avez fait sentir un flacon d'eau de fleurs d'oranger. » Le souvenir est parfait, j'ai donc le droit de supposer que la sensation avait existé.

Je m'aperçois, messieurs, que je vous ai montré des exemples de sensations subconscientes empruntées à divers sens, et que j'ai laissé de côté un sens extrêmement important, le sens musculaire. C'est peut-être parce que les deux jeunes filles que je vous ai présentées n'ont pas d'anesthésie musculaire assez profonde pour que les expériences soient intéressantes. Nous n'avons qu'à faire venir une autre malade qui présente une anesthésie musculaire plus indiscutable. Voici Marguerite, une jeune fille de vingt-trois ans dont je ne vous raconterai pas l'histoire un peu compliquée. Je ne vous la présente que pour un symptôme, elle est absolument anesthésique du côté droit, et quand je remue son bras droit sans qu'elle le voie, elle ne sait plus même son existence. Quand elle ne le regarde pas, elle ne peut absolument plus remuer le bras droit ; c'est là, à mon avis, une sorte de paralysie hystérique, qui n'est pas apparente à l'état normal, grâce à une suppléance psychologique, celle des mouvements au moyen des images visuelles. Je n'insiste pas sur ces faits si intéressants, je me contente de vous faire remarquer qu'ils démontrent l'anesthésie musculaire absolue de son bras droit.

Eh bien! je prétends vous montrer qu'en réalité les sensations musculaires se produisent et qu'elles laissent même des souvenirs capables de réapparaître. Pour vous le montrer avec précision, nous pourrons nous servir d'un petit appareil aussi simple qu'ingénieux. M. Jean Charcot, qui était interne l'année dernière dans le service de son père, a construit ce petit instrument pour étudier certains cas d'agraphie. C'est surtout, comme vous voyez, une longue tige suspendue à la cardan et mobile dans tous les sens. Le sujet tient la tige par son milieu comme il tiendrait un porte-plume, et après lui avoir détourné la tête, je prends cette même tige par la partie inférieure et je suis avec la pointe un mot tracé sur le papier. La main du sujet, si elle était sensible, aurait senti tous les mouvements nécessaires pour écrire ce mot; l'appareil m'a permis de lui faire éprouver avec précision toutes ces petites sensations délicates, et d'en conserver pour ainsi dire le graphique dans le mot que j'ai écrit. Mais Marguerite nous déclare qu'elle n'a rien senti du tout. Nous savons ce que cela veut dire, elle n'a eu la

perception personnelle de rien ; n'a-t-elle eu aucune sensation élémentaire? Pour le vérifier je mets un crayon dans la main droite complètement insensible et je détourne la tête du sujet. Vous voyez d'abord les doigts, entourer le crayon et se placer dans la position voulue pour écrire. C'est le même phénomène que nous avions déjà remarqué quand Berthe tenait les ciseaux. Mais voici la main droite qui se met à écrire. Comment ce mouvement délicat peut-il se faire, tandis que tout à l'heure le sujet ne pouvait pas remuer sans regarder? Permettez-moi, messieurs, de ne pas vous expliquer ce phénomène aujourd'hui, il est trop complexe : constatons seulement les résultats. La main a écrit le nom de *Jean*, le nom de l'inventeur de l'appareil. Constatez, messieurs, que j'avais écrit moi-même ce même mot et avec les mêmes formes de lettres. N'est-ce pas une bonne preuve de la persistance du souvenir, et ce souvenir lui-même ne montre-t-il pas que les sensations musculaires ont existé d'une manière quelconque, bien que le sujet n'en ait eu aucunement la perception personnelle?

Notre hypothèse prétendait également que la perte de cette perception personnelle était un phénomène analogue à la distraction ; mais alors, me direz-vous, l'attention doit pouvoir modifier les anesthésies hystériques. Parfaitement, messieurs, je suis de votre avis et c'est encore une conséquence à vérifier ; seulement vous n'oubliez pas que l'attention est très difficile à fixer chez l'hystérique et que cette expérience peut ne pas toujours réussir. Sur la main gauche anesthésique de Berthe, je colle un pain à cacheter rouge : la voici étonnée, et en contemplation devant sa main. Laissons-la un instant, puis maintenant quand elle a la tête tournée, pinçons légèrement cette main tout à l'heure si insensible. Voici Berthe qui crie que je la pince et qui sent parfaitement. Il est vrai que cette belle sensibilité ne durera pas longtemps : j'enlève le pain à cacheter et un instant après elle ne sent déjà plus rien.

Si l'attention fait disparaître pour un instant des anesthésies déjà existantes, la distraction devra produire momentanément des insensibilités nouvelles, analogues aux anesthésies hystériques. Cela est encore exact. Je prends Berthe à part et je lui cause d'un sujet qui l'émeut beaucoup en ce moment, du bal de la mi-carême et du beau costume qu'on lui mettra. Pendant ce temps, vous le voyez, je pince et je pique son bras droit, qui était tout à l'heure sensible, et elle ne s'en aperçoit

aucunement. Son champ de conscience si petit a perdu momentanément les sensations tactiles du côté droit qu'il contient d'ordinaire, quand il n'est pas rempli par d'autres images. Est-ce que les principales conséquences que l'on pouvait déduire de nos hypothèses ne viennent pas de se vérifier devant vous ?

Avant de conclure, messieurs, une seule réflexion générale. Peut-on répéter facilement sur une hystérique quelconque toutes les expériences que je viens de faire devant vous ? En un mot, quel degré de généralité faut-il accorder aux hypothèses précédentes sur l'anesthésie hystérique ? Je vous dirai très sincèrement que j'ai observé à ce propos trois catégories de malades différentes : 1° le groupe qui m'a le plus intéressé formé par des malades comme ces deux jeunes filles, sur lesquelles on peut répéter toutes ces expériences et bien d'autres encore. J'en ai étudié et décrit autrefois, en 1887 et 1889, cinq de ce genre que j'avais étudiées au Havre, j'en ai trouvé quatre autres absolument semblables depuis que je suis à Paris; mon frère le Dr Jules Janet a répété ces expériences sur deux malades dont il m'a donné l'observation. M. A. Binet[1] les a reproduites également sur plusieurs sujets avec des variantes intéressantes. M. J. Onanoff[2] a étudié indépendamment ces

[1] M. A. Binet, dans son travail sur *les altérations de la conscience chez les hystériques* (*Revue philosophique*, 1889, t. I, p. 35), a montré un procédé intéressant pour mettre en évidence les sensations subconscientes des membres anesthésiques. Les associations anciennes et naturelles entre ces sensations en apparence disparues et les autres pensées du sujet subsistent toutes, dans certains cas, malgré l'anesthésie; il est possible, par exemple, de provoquer dans l'esprit du sujet telle ou telle pensée, rien que par les mouvements imprimés au membre insensible.

[2] M. J. Onanoff, dans son étude sur *la perception inconsciente* (*Archives de Neurologie*, 1890, p. 364), a cherché à déterminer le temps de réaction, c'est-à-dire « le temps qui s'écoule entre le moment d'une excitation perçue inconsciemment et un acte inconscient qui peut être considéré comme une réponse, dans les conditions de l'expérience à l'excitation produite ». Il a trouvé que ce temps était plus court qu'il ne serait normalement, quand l'excitation est faite sur une partie sensible. Il y aurait ainsi un moyen de reconnaître objectivement une réaction subconsciente d'une réaction consciente. Nous craignons seulement que le temps de réaction des phénomènes subconscients ne soit fort variable suivant mille conditions, mais nous sommes heureux de constater cette nouvelle preuve de l'existence des sensations subconscientes dans les anesthésies hystériques. Les mêmes études sont encore résumées dans le dernier livre de MM. P. Blocq et J. Onanoff. *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, 1892, p. 199.

phénomènes avec plus de précision encore, puisqu'il a fait inscrire sur le cylindre enrégistreur ces mouvements subconscients des hystériques provoqués par l'attouchement de leurs membres anesthésiques. Enfin, plusieurs auteurs étrangers, MM. Gurney et Myers en Angleterre, M. Max Dessoir à Berlin, ont publié des observations tout à fait analogues. Je crois qu'il ne serait pas difficile de réunir aujourd'hui une trentaine d'observations d'anesthésie hystérique se comportant absolument de cette façon. Ce sont pour moi les cas typiques de l'anesthésie hystérique, comme je la comprends.

Dans un deuxième groupe, je rangerai les malades fort nombreux qui, par certains caractères, sont analogues aux précédents, mais chez qui toutes ces expériences ne peuvent pas être répétées avec le même résultat. Par exemple, on met facilement en relief chez eux la persistance de la sensation visuelle dans l'œil amaurotique quand les deux yeux sont ouverts, on ne réussit pas aussi bien à le manifester quand l'œil sain est fermé. Ce sont pour moi des malades frustes ou mieux complexes qui pourront sans trop de difficulté se rattacher au type précédent.

Mais il y a une troisième catégorie de malades dont je ne mets pas en doute l'existence et chez qui on n'arrive jamais à manifester aucune trace de la sensation subconsciente. Eh bien, messieurs, je vous laisse libres d'adopter à propos de ces malades la supposition que vous voudrez. Vous pouvez dire qu'ils sont absolument différents des précédents et que chez eux l'anesthésie n'est plus un trouble de la perception personnelle, mais une suppression de toute sensation. Mais réfléchissez bien aux conséquences de votre supposition : Vous allez créer une catégorie d'hystériques tout à fait différentes des précédentes, vous allez leur imaginer une anesthésie analogue à l'anesthésie organique et alors je vous demanderai de m'expliquer, la répartition intelligente de cette anesthésie, l'indifférence complète avec laquelle le sujet la supporte, la conservation des réflexes, etc. Je vous demanderai de quel droit vous séparez ces malades des autres et vous créez deux maladies dans l'hystérie. Vous pouvez aussi supposer que ces malades nouvelles sont comme les précédentes et que pour une raison quelconque vous ne réussissiez pas à manifester l'existence de la sensation subconsciente. Il y a là mille conditions, le degré de suggestibilité, l'électivité, le groupement plus ou moins grand des phénomènes

subconscients qui peuvent faire varier les expériences. Vous êtes libres de choisir, mais je ne vous dissimule pas ma préférence pour la dernière supposition.

Les hypothèses psychologiques que je vous ai présentées me paraissent en effet avoir de sérieux avantages. Elles expliquent les anesthésies systématisées, la répartition des anesthésies localisées, l'indifférence des malades, puisque la maladie ne trouble que la perception consciente et laisse intacts tous les phénomènes automatiques de la vie courante. Elles expliquent les bizarreries que l'on avait constatées depuis longtemps dans l'étude des amauroses et des anesthésies, elles nous permettent d'éliminer cette supposition absurde de la simulation hystérique à laquelle on avait incessamment recours pour expliquer ce que l'on ne comprenait pas.

Nous pouvons donc conclure : l'anesthésie hystérique n'est pas pour nous une maladie organique, c'est une maladie mentale, une maladie psychologique. Elle existe non dans les membres, ni dans la moelle, mais dans l'esprit représenté, si vous voulez, par les régions corticales du cerveau. Dans l'esprit lui-même, elle porte sur un phénomène tout particulier ; ce n'est aucunement une altération des sensations élémentaires qui restent ce qu'elles doivent être et qui conservent toutes leurs propriétés. Elle porte sur une opération très spéciale, sur la perception personnelle qui nous permet à chaque moment de la vie de rattacher entre elles et de rattacher à la notion de la personnalité les sensations nouvelles. Elle est due à une faiblesse de cette synthèse des éléments psychologiques que j'ai appelée autrefois la désagrégation psychologique. L'anesthésie hystérique est une maladie de la personnalité.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE,

RECHERCHES SUR L'ALBUMINURIE POST-PAROXYSTIQUE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES;

Par Jules VOISIN, médecin de la Salpêtrière,
et A. PÉRON, interne des hôpitaux.

La question de l'albuminurie post-paroxystique, chez les épileptiques est encore très discutée. Certains auteurs prétendent avoir trouvé constamment de l'albuminurie dans l'urine à la suite des paroxysmes; d'autres affirment n'avoir jamais vu se produire ce trouble de sécrétion à la suite des manifestations comitiales.

Plus nombreuses encore sont les controverses, dès qu'il s'agit de la quantité d'albuminurie, de son mode d'apparition, des causes qui peuvent faire varier ce phénomène, etc.

Seyfert[1] (1854) dit qu'elle existe en très grande quantité immédiatement après les attaques, mais non d'une manière constante, ni chez tous les malades. Sievekinh[2], Reynolds[3], Sailly[4], ce dernier d'après les recherches faites à la Salpêtrière en 1861, refusent d'admettre son existence. Dans un travail consciencieux fait à Bicêtre en 1868 dans le service de M. J. Falret, Bazin[5] étudiant surtout l'albuminurie dans les accès en série, la considère comme fréquente; il reconnaît sa variabilité, sa fugacité, et présente des considérations intéressantes sur sa pathogénie. Huppert[6] de Witt[7] la croient en rapport avec l'in-

[1] Seyfert. — *Dublin Quaterly Journal*, 1854.

[2] Sieveking. — *On Epilepsy*, 2e édition, 1861.

[3] Reynold. — *On Epilepsy*, 1861.

[4] Sailly. — Th. de Paris. 1861.

[5] Bazin. — Th. de Paris, 1868.

[6] Huppert. — *Virchows Archiv*, Bd. LIX et *Archiv für Psych.*, Bd. VII.

[7] De Witt. — *Albuminuria as a symptom of the epilepsia paroxym.* (*The Americ. Journal of med. sc.*, april 1875.)

tensité des accès. Nothnagel[1] au contraire, l'a vue très abondante à la suite d'accès peu intenses ; elle manquait par contre après de grands accès chez le même malade.

Furstner[2], Rabow[3], Otto[4], Fiori[5], Hallager[6], la considèrent comme rare et irrégulière dans son apparition chez les mêmes sujets. Richter[7], Rabenau[8], Karrer[9], Christian[10], Mabille[11], Bovell[12], d'après 40 observations fournies par M. Bourneville, Saundby[13] la nient. Kleudgen[14] qui regarde l'albuminurie comme fréquente à l'état normal, ne l'a pas vue plus souvent chez les épileptiques que chez les individus sains. Feré[15] signale seulement ces opinions.

Les recherches qui suivent, encore incomplètes sur certains points, ont été faites à la Salpêtrière dans le service de l'un de nous. Voici dans quelles conditions :

Dès qu'une malade, à la suite d'un grand accès, revenait à elle, on la faisait uriner. Urine n° 1. Puis dans les quatre heures consécutives, autant que possible, d'heure en heure, sans qu'il ait pu y avoir, bien entendu, de régularité parfaite, on la mettait sur le bassin. On parvenait à recueillir ainsi 5 urines qui étaient examinées séparément. Les cas dans lesquels l'urine a été fournie dans ces conditions entrent seuls dans notre statistique. Nous n'avons fait qu'indiquer les analyses incomplètes sans en tirer aucune conclusion. Nous n'avons pas tenu

[1] Nothnagel. — *Ziemssen Handbuch*, art. *Epilepsie*.

[2] Furstner. — *Archiv. für Psych.*, Bd. VI.

[3] Rabow. — *Archiv. für Psych.*, Bd. VII.

[4] Otto. — *Berlin Klin Woch.*, 1876.

[5] Fiori. — *Italia medica*, 1881.

[6] Hallarger. — *Postepileptisk Albuminuri.* (Nord. Méd. Ark, Stockholm, 1889.)

[7] Richter. — *Archiv. für Psych.*, Bd. VI.

[8] Rabenau. — *Archiv. für Psych.*, Bd. VII.

[9] Karrer. — *Berlin Klin Woch*, 1875.

[10] Christian. — *Gaz. méd. de Paris*, 1881.

[11] Mabille. — *Ann. médico-psych.*, nov. 1880.

[12] Bowell. — Th. de Paris, 1877 : *De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie.*

[13] Saundby. — *On the albuminuria of epilepsy.* (*Med. Times and Gaz*, 1882).

[14] Kleudgen. — *Arch. für Psych.*, 1881, Bd. XI.

[15] Feré. — *Les Epilepsies et les Epileptiques*, 1890.

compte de la miction survenue pendant l'attaque. Outre ce fait bien connu de savoir que la miction survient au début de l'accès, nous ferons remarquer que l'urine rendue alors, est exclusivement præ-paroxystique. Elle ne doit donc pas présenter, et elle ne présente pas en réalité — nous renvoyons pour ce fait à plusieurs de nos observations — de principes anormaux.

La recherche de l'albuminurie a été faite par le procédé classique : l'urine est acidulée avec une goutte d'acide acétique; on chauffe l'extrémité supérieure du liquide. Le moindre trouble indique sûrement la présence de l'albumine. On peut reprocher à ce procédé, avec M. Lecorché et Talamon, de ne pas déceler des quantités d'albumine très faibles.

Sans doute il aurait mieux valu neutraliser d'abord l'urine puis l'acidifier à l'acide acétique. Nous ferons remarquer qu'en tout cas on ne pourra nous accuser que d'une seule chose; c'est d'avoir laissé passer des urines faiblement albumineuses, la proportion que nous donnons plus loin serait donc encore au-dessous de la réalité.

L'albuminurie doit être étudiée : 1° Après l'attaque convulsive isolée; — 2° Après le petit mal; — 3° Le délire; — 4° Pendant et à la suite des accès en série; — 5° Dans l'état de mal.

ALBUMINURIE POST-PAROXYSTIQUE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES.

I.

Après l'attaque convulsive. — L'albuminurie est fréquente à la suite des accès convulsifs. 20 cas d'albuminurie sur 40 malades. C'est-à-dire dans la proportion de 50 p. 100 exactement. Nous ne comptons dans cette statistique : *a*) que les malades chez lesquelles les 5 urines ont été recueillies à temps, et en dehors de toute cause d'erreur; *b*) que les malades ayant présenté un seul accès au maximum un second accès pendant qu'on recueillait les 5 urines. Nous verrons plus loin les résultats obtenus par l'examen d'une ou plusieurs urines recueillies dans d'autres conditions.

Cette albuminurie est très variable, comme quantité, suivant les individus. Ne pouvant disposer d'un nombre de tubes d'Esbach suffisant pour doser l'albumine de toutes nos urines,

nous nous sommes contentés du dosage approximatif que donne l'opacité plus ou moins grande du nuage albumineux. Ce procédé a d'ailleurs, autrefois, été considéré comme relativement satisfaisant par le professeur Potain. Nous divisons ainsi l'albuminurie en : 1° Albuminurie intense : nuage épais correspondant approximativement à 1 gramme ou 2 grammes par litre; — 2° Albuminurie moyenne : de 50 centigrammes à 1 gramme; — 3° Albuminurie légère, traces : au-dessous de 50 centigrammes.

A. — Sur 20 malades, 5 ont présenté une albuminurie intense au moins dans l'une des cinq urines :

24 ans, Cib..., 1 accès :
Nuage intense dans la 1re urine;
Albumine moyenne dans la 2e;
Traces dans les 3 dernières.

42 ans, Duj..., 1 accès :
Nuage épais dans les 2 premières;
Albumine moyenne dans la 3e;
Traces dans les 2 dernières.

49 ans, Rol..., 1 accès :
Nuage épais dans les 2 premières;
Traces dans les 3 dernières.

16 ans, Fol..., 1 accès :
Albumine moyenne dans la 1re;
Intense dans la 2e;
Traces dans les 3 dernières.

28 ans, Saul..., 1 accès :
Albumine intense dans les 2 premières;
Traces dans la 3e;
Pas d'albumine dans les 2 dernières.

B. — L'albuminurie est d'intensité moyenne dans 9 cas sur 21 :

24 ans, Gau..., 1 accès, 5 urines :
Nuage moyen dans la 1re urine;
Traces dans les 4 dernières.

45 ans, Barth..., 1 accès, 5 urines :
Nuage moyen dans la 1re urine;
Traces dans les 4 dernières.

37 ans, Bod..., 1 accès, 5 urines :
Albumine moyenne dans la 1re urine;
Traces d'albumine dans la 2e et 3e;
Pas d'albumine dans les 2 dernières.

20 ans, Tac..., 1 accès suivi d'excitation, 5 urines :
Albumine moyenne dans la 1re urine;
Traces dans la 2e;
Pas d'albumine dans les 2 dernières.

34 ans, Bern..., 1 accès. A eu un 2e accès pendant qu'on recueillait l'urine n° 5 :
Albumine moyenne dans la 1re urine;
Traces dans la 2e et 3e;
Pas d'albumine dans les 2 dernières.

33 ans, Diet..., 1 accès, 5 urines :
Traces d'albumine dans la 1re urine;
Albumine moyenne dans la 2e;
Pas d'albumine dans les 3 dernières.

La première urine aurait été recueillie d'après les renseignements fournis par la fille de service, immédiatement après l'attaque, quinze minutes au plus après le début des convulsions; la période de trouble mental ayant été extraordinairement courte, la malade n'avait pas uriné pendant l'accès.

26 ans, Deman..., 1 accès d'épilepsie :
Dans les 3 premières urines, nuage moyen d'albumine;
Traces dans les 2 dernières.

36 ans, Leco..., 1 accès, 5 urines :
Albuminurie moyenne dans les 3 premières urines;
Traces dans les 2 dernières.

17 ans, Rous..., 1 accès, 5 urines :
Nuage moyen d'albumine dans les 5 urines.

C. Dans 6 cas, l'albumine était à l'état de traces :

49 ans, Vev..., 1 accès, 5 urines :
Traces d'albumine dans les 5 urines.

19 ans, Eud..., 1 accès, 5 urines. Un second accès pendant qu'on recueillait les urines :
Traces d'albumine dans les 2 premières urines;
Rien dans les 3 dernières.

51 ans, Boul..., 1 accès, 5 urines :
Traces d'albumine dans les 3 premières urines;
Pas d'albumine dans les 2 dernières.

17 ans, Vaud..., 1 accès, 5 urines :
Traces d'albumine dans la 1re urine seulement.

23 ans, Gou..., 1 accès, 5 urines :
Traces d'albumine dans la 1re urine seulement.
14 ans, Viol..., 1 accès, 5 urines :
Traces d'albumine dans les 5 urines.

Les malades n'ayant pas présenté d'albumine dans leur urine sont

Cour...	11 ans.	Chou ..	24 ans.
Pio.....	14 —	Chat...	50 —
Ancel. .	26 —	Eud....	19 —
Broch...	20 —	Lugu...	25 —
Lepid...	23 —	Vol. ..	20 —
Demai...	20 —	Deg....	51 —
Lapi....	25 —	Dub.. .	32 —
Bieuv...	32 —	Rou....	9 —
Goni...	22 —	Gauth...	14 —
Mor....	27 —	Lem....	27 —

Voici maintenant ce qu'ont donné quelques analyses dans lesquelles l'urine n'avait pas été recueillie avec tout le soin nécessaire, soit parce que l'accès avait eu lieu la nuit, soit par refus de la malade, soit par négligence des gens du service.

a). *Urines albumineuses :*

57 ans, Foull..., 1 accès de nuit, 1 urine :
Nuage moyen d'albumine.
20 ans, Broch..., 1 accès. Période d'excitation consécutive pendant vingt-quatre heures :
Une seule urine recueillie trois heures après la convulsion : traces d'albumine.
25 ans, Jug..., 1 accès de nuit, 1 urine :
Traces d'albumine.

b). *Urines non albumineuses :*

33 ans, Bieuv..., 2 urines de nuit après un accès;
14 ans, Gaut..., 3 urines de nuit après un accès;
40 ans, Leg..., 2 urines après un accès de jour.

L'existence de l'albuminurie est en règle générale, mais en *règle générale seulement*, constante chez la même malade. Des examens faits à plusieurs reprises des urines d'un même sujet ont donné les mêmes résultats.

Urines albumineuses : Cir..., 4 examens; Duj..., 2 examens; Dict..., 2 examens.

Urines non albumineuses : Bieuv..., 3 examens; Gon... , 3 examens; Chat..., 2 examens.

Les restrictions que nous faisons au paragraphe précédent visent en effet les cas dans lesquels deux examens faits à des jours différents ont donné des résultats différents chez la même malade. Exemples : Eud..., Lug..., Broch...

Il est donc habituel alors, de voir l'urine rester seulement à l'état de traces chez les malades dont l'urine à un premier examen ne contenait rien d'anormal.

De même la quantité d'albumine, qui d'ordinaire varie peu, présente suivant les accès, dans certains cas, des modifications appréciables. Telle malade, Diet..., qui avait, après un premier accès, une urine notablement albumineuse, n'a présenté à la suite d'un second, que des traces d'albumine.

L'albuminurie post-paroxystique est toujours plus intense dans la première urine que dans celles qui suivent : très souvent, elle a complètement disparu dans l'urine n° 5 ou dans celles qui précèdent. Il n'y a eu que deux exceptions à cette règle. Ce sont les cas de Diet... et de Foll... Nous en avons eu l'explication pour Diet... (voir plus haut); la première urine était mélangée à une notable quantité d'urine præ-paroxystique. Il en a été probablement de même pour Fol... Nous avons recherché dans les périodes non convulsives, si nos malades présentaient encore de l'albuminurie. Toutes nos recherches ont été négatives, sauf pour Rol... et Cir... Chez ces deux malades, même après plusieurs jours de calme, les urines contenaient des traces d'albumine. Or, nous ferons remarquer que Roll... et Cir... sont justement deux malades classées parmi celles dont l'albuminurie était très intense.

L'âge paraît avoir peu d'importance. Bazin fait remarquer que l'albuminurie est très rare avant seize ans; on ne l'aurait jamais vue avant neuf ans; il y trouve une vérification de ce principe établi par Gubler, à savoir que les albuminuries temporaires sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. Nous n'avons pas assez d'observations pour conclure sur ce point : nous dirons seulement qu'une de nos malades auxquelles on pourrait donner le nom de « grandes albumineuses » est

âgée de seize ans. L'albumine manque d'ailleurs chez des sujets d'âge mur, elle existe au contraire chez de robustes filles de dix-huit à vingt-cinq ans. Nous croyons donc que ces questions d'âge sont secondaires.

Il semble en effet que pour s'expliquer cette albuminurie post-paroxystique il faille tenir compte de deux facteurs : 1° de l'intensité des phénomènes de vaso-dilatation qu'il est possible d'évaluer approximativement en clinique par le cyanose de la face ; — 2° d'idiosyncrasies rénales.

Voici le cas le plus frappant que nous ayons observé à l'appui de notre première hypothèse.

Dem... présente à la suite de ses grands accès convulsifs une albuminurie moyenne. Le 16 septembre, elle a sous nos yeux un accès incomplet.

Elle tombe brusquement en avant et perd immédiatement connaissance. Après quelques secondes de calme commencent des mouvements irréguliers des membres supérieurs, puis des membres inférieurs. Les bras, sans raideur, balayent le sol ; les mains s'arrêtent sur le tronc, et suivant l'expression consacrée, « chiffonnent ». Les jambes se soulèvent alternativement et lentement non contracturées. Pendant ce temps, les yeux sont mi-clos ; les pupilles, dilatées, sont convulsées en haut et en dehors. La malade se mord la langue, écume un peu, pisse sous elle. Quelques secousses cloniques font tressauter la commissure labrale gauche et la jambe droite. Le tout dure cinq minutes environ. Puis la malade se réveille inconsciente, hébétée.

Pendant tout l'accès, il n'y a pas eu la moindre cyanose de la face. L'urine recueillie à la suite de cet accès incomplet ne contenait pas d'albumine.

Nous croyons en effet qu'ici, se trouve en partie, la solution du problème sur les variations individuelles de l'albuminurie chez les épileptiques. On est trop tenté d'admettre que les accès sont toujours semblables à eux-mêmes. Les épileptiques présentent souvent des accès incomplets, tels que celui dont nous venons de relater l'observation. Un élément essentiel du grand accès manque. Tantôt c'est la phase tonique, tantôt la phase clonique. Non seulement les convulsions peuvent manquer dans ces accès avortés, mais encore les phénomènes vaso-moteurs *peuvent être plus ou moins atténués.* Quelle que soit l'explication donnée, qu'on admette avec Vulpian que la cyanose de la face est due à une paralysie des vaso-constric-

teurs, ou bien que, avec Claude Bernard on la considère comme le résultat de l'excitation des nerfs vaso-dilatateurs. On doit reconnaître que dans l'épilepsie les phénomènes vaso-moteurs sont au premier plan. Il est impossible, en effet, de regarder comme purement mécanique les phénomènes congestifs de l'accès. Sans doute, la gêne des mouvements respiratoires due aux convulsions les accentue; cela paraît indiscutable. Mais la rapidité de leur évolution, leur spontanéité proteste contre leur origine exclusivement asphyxique. Or, nous le répétons, chez la même malade, d'un accès à l'autre, l'intensité de ces phénomènes congestifs peut varier. La cyanose de la face permet en quelque sorte de mesurer le degré de la vaso-dilatation générale. Il est probable, en effet, que les phénomènes d'ordre congestif manquant au visage, ils manquent aussi dans les autres parties de l'organisme, dans les reins en particulier; la vaso-dilatation est alors insuffisante à laisser filtrer l'albumine.

Donc, peu ou pas de cyanose de la face, peu ou pas de vaso-dilatation rénale, pas d'albuminurie, et réciproquement vaso-dilatation intense de la face, vaso-dilatation des reins, albumine plus ou moins prononcée.

Nous croyons que ces considérations s'appliquent non seulement à l'albuminurie qui suit l'accès isolé, mais à fortiori, à l'albuminurie consécutive aux accès en série et à l'albuminurie dans l'état de mal. Nous n'y reviendrons donc pas.

Les phénomènes vaso-moteurs doivent-ils cependant entrer seuls en ligne de compte? Nous ne le croyons pas. En effet, telle malade a une période stertoreuse très accentuée qui n'a pas d'albuminurie, telle autre a une période stertoreuse relativement courte et son albuminurie est considérable. Nous croyons qu'il faut admettre ici des idiosyncrasies rénales dues vraisemblablement aux résistances individuelles variables des épithéliums.

L'albuminurie des épileptiques, tout en restant un fait insignifiant en apparence, quand les malades n'ont qu'un seul accès, est peut-être une véritable complication dans l'état de mal où, nous le verrons plus loin, elle paraît constante. Peut-être joue-t-elle son rôle dans la terminaison fatale, si fréquente au cours de cette « épilepsie aiguë ». Il serait intéressant de savoir si les malades albuminuriques d'ordinaire meurent plus facilement que les autres épileptiques d'état de mal.

Nous n'avons aucune observation sur ce point. Tout ce que nous pouvons affirmer c'est que les épileptiques albuminuriques sont loin d'être régulièrement des sérielles, bien que la répétition des accès dans un laps de temps relativement court amène l'albumine dans les urines; c'est ce que nous étudierons dans l'un des chapitres suivants.

II.

Petit-Mal. — Nous possédons un nombre très restreint d'examens d'urines recueillies à la suite des vertiges. Ces examens ne sont pas de nature à entraîner des convictions. Aussi nous nous proposons de reprendre cette question, de même que celle de l'albuminurie dans les cas de délire épileptique. Il est en outre, pour le vertige, un certain nombre de causes d'erreurs que nous tenons à signaler et dont il est difficile de se débarrasser. Les épileptiques n'ont pas de manifestations comitiales dans un ordre indéterminé, au hasard en quelque sorte. Il suffit de jeter les yeux sur les cahiers tenus dans les services spéciaux pour reconnaître que ces manifestations se groupent toujours dans un certain ordre. Si l'on fait exception de certaines malades démentes chez lesquelles les attaques se répètent tous les jours et plusieurs fois par jour on voit que chez les autres, et c'est la très grande majorité, les attaques s'échelonnent de la façon suivante dans le courant d'un mois par exemple : quatre à cinq jours pendant lesquels surviennent des manifestations — accès ou vertiges suivant les sujets — puis une période de calme de quatre, sept, huit, quinze jours. Une seconde période d'accidents, suivie elle-même d'une seconde période de calme, etc., etc... Or, nous tenons à faire remarquer que les vertiges surviennent eux aussi au moment des périodes d'accidents, ils s'entremêlent plus ou moins aux attaques, de sorte qu'il devient très difficile de faire la part de ce qui revient aux uns et aux autres.

Il faut en outre, tenir compte de ce fait que forcément, dans les services, avec un personnel restreint surtout la nuit, bon nombre d'accès passent inaperçus; on est exposé à chaque instant à regarder comme consécutive à un vertige une albuminurie résultant d'une attaque antérieure.

Il faut avouer en outre, que presque tous des vertiges, constatés par les gens de service chargés de la tenue des cahiers,

ne sont autre chose que des accès véritables plus ou moins incomplets. On comprend qu'il est impossible de surveiller d'assez près des malades, quel que soit le zèle apporté, pour reconnaître des manifestations aussi passagères, aussi fugaces que le vertige épileptique.

Aussi lorsqu'on cherche à se procurer des urines recueillies à la suite de vertiges, s'expose-t-on le plus souvent à n'avoir que des urines d'accès; ces considérations ont beaucoup plus d'importance dans l'épilepsie que partout ailleurs, le médecin n'assistant que rarement aux paroxysmes.

III.

Les examens d'urines d'épileptiques présentant une période délirante consécutive aux accès ou les précédant nous ont donné des résultats variables.

2 *août*. — Broch... a été excitée tout la nuit, elle a eu ce matin un accès vers 8 heures et demie. A 11 heures, on recueille une urine : traces d'albumine.

The..., quarante-sept ans : excitation violente. On est obligé de la camisoler et de la passer aux cellules. Pas d'attaques constatées.

Une urine, pas d'albumine.

Gon..., vingt-deux ans : ne présente pas d'albuminurie, — post-paroxystique.

Deux jours de trouble mental consécutif aux accès. Une urine recueillie le 2e jour : pas d'albumine.

Le 12 *août*, Vill... est excitée toute la journée.

Pas d'attaques, pas d'albumine.

23. — Vill... est encore excitée. La surveillante affirme qu'elle n'a pas eu d'accès depuis le matin; la veilleuse affirme d'autre part qu'elle n'a pas eu d'accès la nuit.

2 urines : traces d'albumine dans les deux urines. Reste enfin l'examen fait par M. Olivier, interne en pharmacie du service. Vill..., pendant une période d'excitation violente, aurait eu un jour 4 grammes d'albumine par litre d'urine.

Dans la thèse signalée plus haut, Bazin donne plusieurs observations de malades atteints de délire ou même de fureur épileptique chez lesquels il a constaté de l'albuminurie. — Nous renvoyons à sa thèse pour le détail des observations. Il semble résulter des faits réunis par cet auteur que l'albumi-

nurie pourrait survenir chez des épileptiques en dehors des paroxysmes convulsifs.

Cependant nous ferons remarquer que, dans la plupart de ses observations, le délire a été précédé d'attaques plus ou moins nombreuses; ce délire était un délire fébrile qui, dans quelques cas même, s'est terminé par la mort. N'ayant pas eu l'occasion d'observer des cas de ce genre, nous nous abstiendrons de conclure, jugeant qu'un bien plus grand nombre d'examens, est nécessaire.

IV.

Nous arrivons maintenant à l'étude de l'albuminurie chez les épileptiques présentant des accès en série au sens classique du mot série. Nous donnerons d'abord les observations des malades chez lesquelles les urines ont été recueillies avec tout le soin nécessaire :

Dans la nuit du 29 au 30 août, vers 5 heures du matin, Kl... a eu 3 attaques coup sur coup.

De 5 heures du matin à midi, elle a eu 10 autres accès espacés d'une façon variable. Hier, la malade n'a rien présenté d'anormal, disent les personnes du service. Ce matin, outre une hébétude complète, la langue est jaunâtre, l'haleine fétide. La malade sue abondamment. T R : 38°4.

Une première urine, recueillie à 9 heures du matin, ne présente pas traces d'albumine.

A 11 heures, 2e urine : albuminurie moyenne.

A 2 heures de l'après-midi, 3e urine : traces d'albumine.

Deux autres urines ont été recueillies dans la nuit du 30 au 31. Bien que la malade n'ait pas eu d'accès depuis le 30 à midi, ces deux urines contiennent des traces d'albumine. Une dernière urine, recueillie le 31 vers 9 heures du matin, ne présente rien d'anormal.

Le *même jour*, 30 *août*, Lem..., quarante-deux ans, *entre en série*. Ses règles sont terminées depuis deux jours.

La série actuelle a été précédée de troubles gastriques. Diminution de l'appétit, bouche pâteuse et amère, constipation opiniâtre depuis quatre jours. Céphalalgie assez intense; myosis.

Lem... a eu, la nuit du 29 au 30, 5 accès. La veilleuse a recueilli l'urine après chaque accès. Les 2 premières urines ne renferment rien d'anormal. La 3e urine présente des traces d'albumine. Dans la 4e et la 5e, pas d'albumine.

Le 30 *août*, au matin, on recueille d'heure en heure, après un accès de jour, 5 urines. Peu de temps avant la 3e urine, Lem... a eu un second accès de jour.

Dans la 1re et la 2e urine, pas d'albumine. A la 3e urine, traces d'albumine. Dans la 4e et la 5e urine, pas d'albumine.

3 *septembre*. — La série s'arrête. Le 4, on recueille, vers 9 heures du matin, de l'urine de Lem... Pas d'albumine.

Le 1er *septembre*, Lei..., quatorze ans, a 5 attaques presque coup sur coup dans l'après-midi. Une 6e vers 8 heures du soir, l'autre dans la nuit :

Après la 1re attaque, on recueille de l'urine : pendant qu'on prend d'heure en heure 5 urines, Lei... a 5 accès.

Il n'y a des traces d'albumine que dans la 4e urine. Les autres ne présentent rien d'anormal.

5 *septembre*. — La série de Lei... continuant, on recueille, après une attaque de jour, une seule urine qui renferme des traces d'albumine. Lei... a eu 2 attaques dans la nuit précédente.

L'examen de l'urine de Lei..., fait en dehors de ses séries, ne fait pas constater d'albuminurie.

Le 3 *septembre*, Albruz..., quatorze ans, a 4 attaques presque coup sur coup à deux heures d'intervalle. 5 urines sont recueillies : albuminurie intense dans les 2 premières ; albuminurie légère dans les 2 suivantes ; rien dans la 5e urine. Les urines d'Albruz..., en dehors de ses séries, ne contiennent pas d'albumine.

Le 5 *septembre*, Pet..., quatorze ans, a 3 attaques coup sur coup. Une heure après la dernière de ces attaques, on recueille l'urine. Elle présente un nuage léger d'albumine.

D'autre part, voici des observations dans lesquelles la présence de l'albuminurie n'a pas été constatée :

Le 18 *août*, Vill..., vingt et un ans, a 11 accès dans la nuit. 4 urines sont recueillies, *mais le matin seulement :* pas d'albumine.

Le 5 *août*, Sept..., vingt ans, a 3 accès : à 7 heures du matin, à 1 heure, à 4 heures de l'après-midi. Une urine est recueillie après chaque accès : pas d'albumine.

Le 25 *août*, Rong..., neuf ans, aurait eu 11 accès dans la nuit. 5 urines sont recueillies *dans la matinée :* pas d'albumine.

De ces recherches sur l'albuminurie chez les malades présentant des accès en série, nous croyons pouvoir conclure :

En même temps que le nombre des accès augmente; on voit augmenter la fréquence de l'albuminurie. Au lieu d'avoir une proportion de 50 p. 100 on trouverait probablement, avec un nombre de faits plus considérable, une proportion beaucoup

plus forte, 75 à 80 p. 100 environ. Les trois exemples de Vill..., de Rou... et de Sep... ne sont pas de nature à modifier nos conclusions. En effet, pour Sép... les trois accès ont été espacés sur neuf heures ; c'est à peine si l'on peut admettre une série vraie pour cette malade.

Quant aux deux autres, nous avons noté expressément que l'urine avait été recueillie le matin seulement. Or nous voyons par les exemples de Vill... et de Kl... combien peut être transitoire l'albuminurie chez des malades présentant un nombre considérable d'accès.

Il est donc vraisemblable d'admettre que si les urines de Vill... et de Rou..., avaient été recueillies la nuit immédiatement après les accès on aurait pu y constater des traces d'albumine. Il est curieux en effet de noter que, à part Albruz.., la quantité de l'albumine sécrétée par ces sérielles a toujours été très minime. Ce sont toujours *des traces d'albumine* qu'on a trouvées.

La pathogénie de l'albuminurie chez des malades présentant des accès en série nous semble être absolument la même que pour l'albuminurie qui suit les accès isolés. La répétition des convulsions amène à la longue une congestion des reins qui peut être insuffisante aux premiers accès pour laisser filtrer l'albumine mais qui finit par amener des troubles sécrétoires suffisants pour que l'albumine apparaisse dans l'urine.

Nous voulons seulement retenir ce fait : à mesure que les accès augmentent de nombre la fréquence de l'albuminurie augmente.

Nous ne parlons pas de quantité. Il est curieux en effet de voir que les malades auxquelles on pourrait donner le nom de grandes albuminuriques ne sont point forcément des sérielles.

V.

ALBUMINURIE DANS L'ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE. — Les états de mal épileptique étant assez rares, même dans un service spécial comme celui de la Salpêtrière, le nombre de nos observations est relativement restreint. Nous devons ajouter que notre attention n'ayant été attirée sur l'albuminurie des épileptiques que récemment, nous n'avons pu trouver de renseignements dans bon nombre de nos observations antérieures,

l'examen des urines n'ayant pas été fait. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que depuis que nous recherchons systématiquement l'albuminurie chez des épileptiques en état de mal, nous l'avons *toujours* rencontrée : nous ne prétendons pas cependant qu'il ne puisse y avoir des exceptions. Voici un exemple typique :

Le 23 *juillet* 1891, Hemmer..., seize ans, entre en état de mal à 10 heures et demie du matin. Nous assistons au début des accidents : elle tombe brusquement sans pousser un cri. Perte immédiate de la conscience.

L'accès débute par des contorsions de la face dont la durée est considérable : une minute et demie environ. Les muscles du facial supérieur, les muscles des ailes du nez s'agitent les premiers, les paupières battent avec force. Puis le facial inférieur se prend, les commissures sont tiraillées soit ensemble, soit alternativement. Pendant ce temps, phase tonique dans les membres.

Les bras présentent des mouvements de circumduction avec flexion forcée du pouce dans la paume de la main. Les secousses cloniques se généralisent enfin, prédominantes cependant, du côté droit : stector, cyanose considérable de la face, écume très abondante. Sueurs diffuses perlant en gouttelettes sur tout le corps et particulièrement sur la face.

Les accès se répètent toutes les deux minutes environ. Perte complète de la connaissance dans l'intervalle des accès. Nous prenons la temp. rectale : 36° 6. — On sonde la malade : urines claires, ne contenant pas d'albumine.

A midi et demi, nous voyons la malade pour la seconde fois. Depuis une heure, les attaques sont devenues subintrantes; il est presque impossible de les compter. La face est d'un bleu noirâtre, elle est agitée presque sans interruption de secousses. Une écume extrêmement abondante, teintée en rose, sort de la bouche, et rend la respiration très difficile. La malade fait de bruyants mouvements de déglutition. Sueurs inondant le lit.

On a donné, il y a une heure environ, un lavement purgatif à la malade. Il a été rendu immédiatement sans garde-robe. T R, 40° 2. Pouls très précipité et faible à 140.

Devant cet état général grave, on pratique une saignée de 350 grammes. Le sang est très noir et rougit difficilement à l'air. Dans les dix minutes qui suivent le pansement, les attaques redeviennent distinctes les unes des autres : un intervalle de deux à trois minutes les sépare. La malade est sondée à une heure moins le quart. Les urines contiennent *un très léger nuage* d'albumine.

A 4 heures, nous voyons de nouveau la malade. Les accès se sont arrêtés vers deux heures de l'après-midi. La connaissance revient

un peu. Les urines recueillies à ce moment contiennent une quantité *considérable* d'albumine : T R = 39° 8". A 6 heures du soir, 4e urine. T, 38° 6. Nuage léger d'albumine.

26 *juillet.* — La nuit a été bonne. Ce matin, 37° 6. Urines assez abondantes : pas traces d'albumine.

Nous avons rapporté ce cas en détail, parce qu'il montre bien l'évolution de l'albuminurie dans l'état de mal.

10 heures du matin.	État de mal	Pas d'albumine.
Midi.		Traces.
2 heures.		
4 heures.		Nuage très épais d'albumine.
6 heures.		Nuage très léger d'albumine.
Le lendemain matin. .		Pas d'albumine.

Nous nous bornerons à faire remarquer que l'albuminurie a été surtout abondante ici six heures après le début des accès, alors que ceux-ci étaient arrêtés depuis deux heures, qu'elle a été très passagère, et qu'en très peu de temps, l'urine est redevenue normale.

Il est bien entendu cependant que ce chiffre de six heures n'a rien d'absolu. Nous avons affaire ici à un cas tout à fait spécial par la rapidité de l'évolution de l'état de mal. Il est curieux de voir, en outre, qu'à 1 heure de l'après-midi, alors que la face était cyanosée considérablement depuis près d'une heure, l'examen des urines n'y faisait constater qu'un nuage léger d'albuminurie. Enfin, nous signalerons seulement l'influence heureuse de la saignée dans le cas particulier sur la marche des accidents.

Nous avons encore plusieurs observations d'états de mal dans lesquels l'albuminurie a été constatée en abondance, au moins à un moment donné de leur évolution. Cette albuminurie habituellement intense, peut être passagère. On doit la rechercher à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures.

Tantôt les malades ont guéri :

Exemple : Rid..., vingt-sept ans.

Ma..., seize ans. Etat de mal ayant commencé le 19 *juillet*, à 2 heures de l'après-midi. 71 accès de 2 heures de l'après-midi à 5 heures du matin. T R. le 19 au soir, 40° 4'.

Le 20 *juillet.* Urines du matin fortement albumineuses; urines du soir fortement albumineuses. 89 attaques dans la journée. T R. 39° 3'.

Le 21 *juillet*, après 16 accès de nuit, traces d'albumine dans l'urine. Le soir, après 8 accès de jour, plus d'albumine. T R, 37° 8'.

Tantôt les malades sont mortes :

23 ans, Pet... Etat de mal de trois jours, 135 accès.
Albuminurie intense.

54 ans, Court... Etat de mal de trois jours, 228 accès.
Albuminurie intense.

16 ans, Thér... (1889). On trouve dans l'observation : « albuminurie très abondante ».

Peut-être l'albuminurie joue-t-elle un rôle dans la terminaison fatale; on connaît depuis longtemps l'influence heureuse de la saignée dans certains cas. Quoi qu'il en soit, l'albuminurie ne peut pas servir toujours à différencier, à elle seule, l'état de mal épileptique de l'éclampsie. C'est une affinité de plus entre ces deux affections dont la pathogénie est encore si obscure, mais dont l'analogie *paraît* certaine.

RÉSUMÉ

De ces recherches, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

L'albuminurie post-paroxystique se trouve dans la moitié des cas des épileptiques.

Elle se rencontre dans tous les modes de l'épilepsie, aussi bien après les accès rares qu'après les accès en série. A la suite des vertiges et du délire, elle paraît exister également, mais nos observations sur ce point ont besoin d'être multipliées et étudiées à nouveau.

L'état de mal épileptique paraît toujours être accompagné d'albuminurie. La présence de l'albumine dans certains cas, pourrait être une cause d'erreur de diagnostic avec l'éclampsie.

L'albuminurie chez les épileptiques est constante chez les mêmes malades, mais elle est très fugace et très variable en quantité. Elle se montre surtout dans les deux premières heures qui suivent l'accès convulsif et elle paraît avoir un rapport constant avec la congestion de la face; d'où les considérations physiologiques que nous en avons déduites au point de vue de la pathogénie de cette albuminurie.

MÉDECINE LÉGALE.

NOTE SUR UN ALIÉNÉ HOMICIDE[1];

Par le Dr CAMUSET,
Médecin-directeur de l'asile de Bonneval.

II. — En médecine légale, il ne suffit pas d'affirmer qu'un meurtre donné, a été commis sous l'influence de la folie, il faut encore montrer que le meurtre en question est un phénomène clinique, faisant partie d'un état mental morbide connu, étudié et bien caractérisé, et qu'il n'a rien d'insolite au point de vue de la pathologie mentale. Il faut aussi tacher d'établir sa genèse, c'est-à-dire de suivre le processus psychologique qui l'a fait se manifester. — J'ai essayé, dans l'exposé sommaire qui précède, d'indiquer les principales circonstances pathologiques dans lesquelles il est, pour ainsi dire normal, de constater la tendance à l'homicide. Si donc, en pratique, l'homicide se rencontre en dehors des entités nosologiques et des états morbides que j'ai signalés, on doit considérer le cas comme anormal et rechercher s'il en existe d'autres exemples dans la science. Mais le plus souvent, en étudiant plus attentivement le sujet, on reconnaît que l'anomalie supposée n'existe pas et que le cas qui semblait exceptionnel rentre dans la règle commune. En

[1] Voy. t. XXIII, n° 68, p. 157.

voici une preuve fournie par l'observation d'un aliéné le nommé A... auteur de quatre homicides successifs.

Ce malade semblait de prime à bord n'appartenir à aucune des classes psychopathiques dans lesquelles on observe le meurtre comme symptôme ou comme complication. Mais après un examen plus attentif, et avec l'aide de la connaissance de ses antécédents, il devint facile d'établir qu'il était dans les mêmes conditions de déséquilibration que les dégénérés intellectuels et, qu'en somme, son cas n'avait rien d'anormal. — C'était un *cérébral*, comme Lasègue appelait cette sorte de malade. En d'autres termes, il était atteint de dégénérescence intellectuelle non héréditaire, mais acquise dans l'âge adulte. — Je fus chargé par le juge d'instruction de Châteaudun de l'examiner et de faire un rapport sur son état mental. C'est ce rapport, légèrement modifié dans quelques-unes de ses parties, que je transcris ici.

Je crois devoir exposer d'abord les antécédents de A..., puis les meurtres par lui commis, avec les particularités qui les ont précédés et accompagnés, en insistant seulement sur les points qui peuvent fournir des indications quant à l'étude de son état mental. Ensuite, je décrirai les symptômes présentés par A... depuis qu'il est en observation à l'asile ; enfin les divers éléments du problème de psychiâtrie à résoudre se trouvant ainsi méthodiquement classés, je discuterai leur valeur, je ferai ressortir l'importance de plusieurs d'entre eux, et j'établirai un diagnostic basé sur leur ensemble, ce qui constituera la conclusion de mon rapport.

A... est un homme de trente-deux ans, d'une taille peu élevée, mais fortement musclé et d'une force exceptionnelle. Il ne présente pas le plus léger signe de dégénérescence physique. D'après les renseignements les plus sérieux, il appartient à une famille dans laquelle on n'a jamais observé ni folie, ni épilepsie. Son père et sa mère sont morts assez jeunes et tous deux de fièvre typhoïde, les parents qui lui restent : oncle, frères, etc., sont bien portants et ne se font remarquer par aucune originalité de caractère, par aucune tare intellectuelle. Il a quatre enfants en bas âge, tous sains et robustes, les aînés ont la physionomie intelligente.

Lui-même, jusqu'au mois de janvier de cette année (1891), n'a jamais été malade. Depuis cette époque, il souffre beaucoup, je reviendrai sur les symptômes qu'il présente. Il n'a pas eu de convulsions pendant son enfance, il n'a jamais été atteint de fièvre typhoïde, ni de fièvre maremmatique.

Il se peut cependant qu'il ait eu la syphilis avant son mariage, c'est du moins ce qu'il prétend. Mais ses quatre enfants sont très bien constitués, ils ne présentent aucun stigmate de syphilis héréditaire et sa femme n'a jamais eu de fausse couche. On peut donc

supposer que s'il a bien, comme il le dit, été atteint autrefois d'une maladie des organes génitaux, il s'agissait seulement d'une maladie vénérienne peu grave. Quoi qu'il en soit, on doit noter l'existence, sinon probable au moins possible, de la syphilis dans ses antécédents.

Au point de vue mental, A... a toujours été normal. C'est ce qui ressort des renseignements recueillis auprès de sa femme, des patrons qui l'ont employé, de ses voisins, du maire de sa commune, etc. D'une intelligence moyenne, il avait les goûts et les habitudes des gens de sa classe. Il buvait un peu quelquefois, mais il n'était pas un ivrogne. Père de famille rangé, laborieux, doux et serviable, il avait l'estime de tous. Pas querelleur, on ne lui connaissait pas d'ennemis.

En résumé, A... était un homme robuste et exempt de toute tare névropathique héréditaire ou acquise. Au moral, c'était un garçon bien équilibré, d'une intelligence ordinaire, d'une bonne conduite, vivant en bonne intelligence avec tout le monde.

Mais il y a neuf mois, en janvier 1891, sa santé jusqu'alors très bonne, commença à s'altérer. Il fut pris d'accès de céphalalgie qui devinrent de jour en jour plus fréquents et plus violents. Il consulta plusieurs médecins, mais aucune des médications qui lui furent prescrites ne réussit. En même temps, sa vue s'affaiblissait, surtout du côté droit, et il finit par ne plus pouvoir lire ni écrire. Les choses en arrivèrent au point que tout travail lui devint impossible. Il entreprenait une tâche, mais presque aussitôt il était obligé de l'abandonner, ses maux de tête l'empêchaient de continuer. Pendant les paroxysmes des accès, il avait, paraît-il, des étourdissements et des vomissements.

Ces souffrances presque continuelles ne tardèrent pas à influer sur son caractère, il devint préoccupé, triste, sombre même. Il parlait peu et ses réponses étaient sèches et brusques, il devenait irritable. — C'est sa femme qui m'a donné ces derniers renseignements ; en même temps, elle m'a fait connaître une particularité importante : la mémoire de A... s'affaiblissait, la chose était évidente pour les personnes qui vivaient dans son intimité. Un exemple, entre autres, de cet affaiblissement de la mémoire : une de ses parentes lui demandait le nom de son dernier enfant, cela deux jours après qu'il l'avait fait baptiser. Il lui fut impossible de répondre, il avait absolument oublié le nom de l'enfant, il ne se souvenait même plus du nom de famille du parrain. — Ce fait m'a été rapporté par la parente même de A..., laquelle en avait été très frappée.

On voit, en somme, que A... était atteint depuis environ neuf mois d'une affection qui était toujours allée en s'aggravant, et qui, à la fin, était caractérisée par les symptômes suivants : accès violents et fréquents de céphalalgie frontale, avec étourdissements

et vomissements ; modification du caractère qui était devenu sombre et irritable ; amblyopie double, mais surtout marquée à droite ; enfin, troubles de la mémoire.

Nous arrivons maintenant à la relation des quatre meurtres commis dans la matinée du 10 septembre 1891. — La veille, A... qui habite un petit hameau de la commune de Dampierre, dans le département d'Eure-et-Loir, était allé voir un médecin dans une ville voisine, il était aussi allé consulter un empirique qui a la réputation, paraît-il, « d'enlever les sorts ». — Cette idée, qu'il pouvait bien être ensorcelé, avait donc, dès avant le jour de la catastrophe, germé dans sa tête. Mais depuis quand ? — Je n'ai pu le savoir, ni lui ni sa femme ne peuvent, ou ne veulent, répondre catégoriquement à ce sujet.

Le soir, il rentrait chez lui. Plusieurs personnes qui le virent à ce moment, qui lui parlèrent même, n'ont rien remarqué d'extraordinaire, ni dans sa personne, ni dans ses allures ; il n'était pas ivre. Pourtant, il avait fait quelques libations dans la journée. Le dossier de l'affaire renferme l'énumération de toutes les boissons qu'il avait absorbées dans divers cabarets, et l'on voit qu'il n'avait pas en tout bu une dose d'alcool bien considérable.

Rentré dans sa maison, il passa une nuit terrible, pendant laquelle il fut en proie à l'angoisse, aux hallucinations et au délire. — C'est ce qui ressort d'une façon évidente de l'interrogatoire de sa femme. Lui-même se rappelle très bien, aujourd'hui encore, des divers incidents de cette nuit, et il les raconte volontiers.

D'abord il se couche et s'endort, mais il ne tarde pas à se réveiller tourmenté qu'il est par de violentes douleurs de tête, et aussi par un sentiment d'angoisse. « On l'étouffe, on lui sert la gorge, c'est horrible ce qu'il souffre. » — Ces souffrances, il croit en trouver l'explication dans ce fait qu'il a mal pris les médicaments qu'on lui a ordonnés. Alors il est perdu, il est empoisonné, il va mourir. — Il pense que peut-être, en priant, il sera délivré, sauvé. Et alors il se met à faire une prière à haute voix, et il exige de sa femme qu'elle fasse comme lui. — C'était là un acte en dehors de ses habitudes, il ne se livrait d'ordinaire à aucune pratique religieuse, jamais il ne faisait de prières.

Après quelques instants, il se sent un peu soulagé ; alors, il se recouche et se rendort, mais pour quelques minutes seulement. La souffrance le réveille à nouveau. Cette fois, à la terreur et à l'angoisse s'ajoutent des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et une idée délirante naît tout à coup dans son cerveau. Des voix lui parlent, lui disent qu'il est perdu ; il étouffe, sa tête va éclater ; sa gorge est bouchée. Il voit près de lui un de ses voisins, M... — Puis cette idée surgit : C'est « son sort » qui l'étouffe, et c'est M... qui le lui a donné. — Il se mord les bras (on voyait encore la marque de la morsure quinze jours après), tâchant de diminuer

ses souffrances internes, morales, en provoquant ainsi une autre souffrance externe, physique. — Mais l'angoisse persiste aussi forte, les hallucinations continuent, il voit et entend toujours M... Il se lamente, il gesticule, il est couvert de sueur.

A ce moment survient une impulsion subite : Il faut qu'il tue M... qui est là, sous sa main, M... qui lui a jeté un sort. Après, il sera délivré, tranquille, il ne souffrira plus. — A partir de cet instant, tout lui devient étranger, il n'a plus qu'un but, une pensée, tuer M... Toute son activité psychique est dirigée dans ce sens, cette impulsion homicide ne subit l'influence d'aucun contrôle. Il ne sait même plus, au bout de quelques secondes, pourquoi il faut qu'il tue. La conscience est tout entière remplie par l'appétit de tuer, il n'y reste de place pour aucune autre idée.

Voici ce qui s'est passé ensuite. A..., à demi vêtu, prend son fusil et tire, à travers la fenêtre, sur M..., qu'il croit voir dehors. Plusieurs carreaux sont brisés. Ensuite, il sort et se met à la poursuite de son ennemi qu'il aperçoit fuyant devant lui. A plusieurs reprises il fait feu, et enfin, son fusil en mauvais état et que dans sa précipitation il charge mal, lui éclate entre les mains. Il se débarrasse de la crosse et ne garde que les canons, dont l'un, celui qui a éclaté, présente au niveau de la déchirure des bords tranchants et des aspérités aiguës.

C'est avec cette arme redoutable entre les mains d'un homme de sa force que, dans une maison où il s'était introduit, courant toujours à la poursuite de M..., il tue une femme et un jeune garçon, la mère et le fils, une autre femme accourue au secours des deux premières victimes, et un vieillard enfin qu'il trouve sur son chemin en sortant de la maison.

Ce quatrième meurtre accompli, il cherche encore à s'introduire dans une autre maison où deux femmes s'étaient réfugiées, effrayées, refusant d'ouvrir. Il ne fait, du reste, pas de grands efforts pour forcer la porte, les femmes lui ayant, à sa demande, donné leurs noms, ce qui semble le satisfaire. Enfin, il se calme, et il rentre chez lui où il raconte à sa femme tout ce qui vient de se passer.

Sa fureur était tombée, il était encore très ému, très tremblant, la figure couverte de sueur, mais il parlait sans divaguer et il se rendait très bien compte de ce qui venait d'arriver et des meurtres qu'il avait commis. A ce moment, il répondait froidement : « Qu'il avait le regret d'avoir ainsi assassiné quatre personnes, qu'il les avait prises pour M..., qu'il ne voulait tuer que M... »

Les quatre meurtres avaient été accomplis de la même façon, A... s'acharnant sur ses victimes et les frappant à tour de bras avec ses canons de fusil. Elles avaient toutes quatre la tête broyée. Chose bizarre, il comptait à haute voix les coups qu'il leur donnait; son idée était de leur en donner à chacune soixante. —

Quand on lui demande la raison pour laquelle il a agi ainsi, il répond qu'il n'en sait rien, « mais que ça lui disait de faire comme cela ».

Il paraît aussi qu'après avoir tué sa première victime, il voulut que le petit garçon de celle-ci, qu'il devait tuer également quelques instants après, embrassât sa mère, et il le traîna vers le cadavre de cette dernière. — Il se souvient très bien de ce fait, mais il ne peut nous en donner l'explication. « Ça lui disait de faire comme cela. »

Le surlendemain, 12 septembre, A... fut envoyé en observation à l'asile de Bonneval. Il avait, la veille, à la prison de Châteaudun, cherché à s'étrangler avec son mouchoir. Je résume ici les notes médicales prises chaque jour sur lui.

12 *septembre*. — A... a l'aspect mélancolique, il est déprimé, il s'exprime lentement et non sans difficulté, ses idées sont troublées, et il lui faut un certain effort pour arriver à les fixer sur un point quelconque et pour répondre aux questions. Aussitôt qu'on cesse de l'interroger, abandonné à lui-même, il devient muet, il soupire fortement, il gémit, ou bien il répète sans cesse cette phrase : « Je veux mourir. » — Pourquoi ? — « Pour échapper à la justice, il faut que je meurs. »

On arrive pourtant à lui faire raconter les diverses circonstances de son attentat, mais il le fait d'une façon diffuse et peu claire. Il faut, pour maintenir son attention, répéter continuellement les questions et sans cesse le remettre sur la voie; sinon, il s'arrête, il recommence à geindre et il revient bientôt à son monotone : « Je veux mourir, il faut que je meurs. »

En dehors de son quadruple assassinat, dont l'idée l'absorbe, il est très difficile d'obtenir de lui des réponses à peu près satisfaisantes. En réalité, ses facultés intellectuelles sont en partie obnubilées. — Le soir cependant, il se plaint du bruit que l'on fait autour de lui, il prétend qu'on le regarde à travers les fentes de la porte. Il a évidemment encore des hallucinations et surtout des illusions de la vue et de l'ouïe, on s'aperçoit qu'il interprète d'une façon délirante les bruits réels qu'il entend ou les objets qu'il voit réellement.

La santé physique est bonne. Il n'a pas de tremblement des doigts ni de la langue. Il a peu mangé jusqu'à présent et il a absolument refusé de boire du vin, il dit qu'on veut l'empoisonner.

13. — Même état à peu près que hier. — Je lui demande le nom de sa femme, il ne peut d'abord le trouver et il n'arrive à le donner qu'après un moment de recherches — Il n'y a là ni amnésie véritable, ni amnésie simulée. Le malade ne peut fixer rapidement son attention sur ce que je lui demande, il lui faut d'abord faire un effort qui exige un certain temps. Ce phénomène est dû à ce qu'il est très absorbé par la pensée des meurtres qu'il a com-

mis, par des craintes de toutes sortes, particulièrement par celle qu'on veut lui faire du mal, et aussi par son désir d'en finir, d'être débarrassé de la vie en même temps que de ses souffrances — Si cet état se prononçait davantage, le malade entrerait dans une période de stupeur.

14. — Il se plaint davantage encore que les jours précédents, il est de plus en plus préoccupé par la crainte qu'on lui fasse du mal, qu'on l'empoisonne. Il mange à peine. On ne peut tirer de lui que ses paroles habituelles : « Je veux mourir, il faut que je meure. On veut me faire du mal, on veut m'empoisonner! » Impossible de lui faire saisir l'illogisme qui existe entre ces deux conceptions. — Plus sombre encore qu'à l'habitude.

15. — Dans la matinée, sans que rien puisse faire prévoir cet acte, A... se jette sur le gardien chargé de le surveiller et cherche à l'étrangler. Mais le gardien aidé par ses camarades accourus à son secours le maintient. A..., très agité, l'air hagard, crie qu'on veut le tuer, l'empoisonner. On l'isole dans une cellule. A peine enfermé, il se précipite de toutes ses forces, la tête en avant, contre les murs qui sont recouverts de bois. Il ne s'en fait pas moins une plaie grave à la tête et il tombe sur le plancher. La plaie saigne abondamment, le mur de la cellule est ensanglanté et il y a une mare de sang par terre.

On est obligé de le fixer solidement et on panse sa blessure. Il devient pendant ce temps de plus en plus agité et incohérent, mais on retrouve quand même, dans ses divagations, les mêmes craintes d'empoisonnement, les mêmes idées de suicide, qui reviennent toujours. Il devient impossible de lui rien faire prendre. — Dans la journée il parvient à rompre ses liens et à déchirer sa camisole. On ne le quitte plus un instant de vue, trois infirmiers qui se relaient à tour de rôle sont exclusivement préposés à sa garde.

16. — La journée est mauvaise. L'agitation persiste aussi violente. Le malade ne prend en tout que quelques gorgées d'eau. — Je crains un accès de délire aigu, et malgré la résolutions prise au début d'abandonner le sujet à lui-même, sans aucun traitement, afin de ne modifier en rien la forme des symptômes qu'il pourrait présenter, ni leur marche, ni leur succession, on est obligé d'intervenir et de tâcher de calmer cette agitation excessive qui menace d'aboutir au délire aigu. Je pratique donc quelques piqûres de morphine et l'on administre de force un purgatif énergique.

17. — L'agitation est beaucoup moins vive. L'état mental est redevenu ce qu'il était avant la crise de surexitation des deux derniers jours.

18, 19 et 20. — Peu de changement, cependant, on constate une certaine tendance à l'amélioration. Le malade commence à mieux accepter la nourriture. — On cherche à se rendre compte de l'état des sentiments affectifs. On lui parle de sa femme et de ses

enfants. Il dit qu'il voudrait bien les voir, que « c'est malheureux, qu'il voudrait mourir, qu'on lui envoie un prêtre pour se confesser ». Mais il ne se rend pas exactement compte de la triste situation qu'il a faite aux siens.

On lui énumère les noms des quatre personnes qu'il a tuées. Il répète encore que « c'est malheureux, qu'il faut qu'il meure, qu'il était fou, qu'il croyait que c'était M..., qu'il ne voulait tuer que M..., qu'il ne veut pas qu'on lui fasse de mal, ni qu'on l'empoisonne ». Il s'apitoie évidemment bien davantage sur son sort, à lui, que sur celui de ses victimes. — On observe, chez ce malade, cette perversion des sentiments affectifs, habituelle dans la mélancolie. Il ne se préoccupe pas beaucoup des souffrances des autres, encore bien que lui-même en soit l'auteur. Il ne pense qu'à lui, à ses chagrins, à ses douleurs, a ses craintes ; ses remords sont légers.

A... présente un symptôme fréquent chez les mélancoliques, il recherche, dans son passé, les faits répréhensifs qui peuvent s'y trouver, et il les avoue, soit tels qu'ils ont existé, soit en les modifiant. On sait que parfois, les mélancoliques inventent même des fautes qu'ils n'ont pas commises et qu'ils finissent par mettre, de bonne foi, à leur actif. (Sentiments de culpabilité imaginaire.) — A..., lui, dit avoir volé autrefois, à un camarade, une somme de quatorze francs qu'il a jetée, quelques heures après, dans la rivière. Que le fait soit vrai, ou qu'il soit faux, peu importe. Ce qui est à noter, c'est que, comme gravité, il fait aller de pair le vol avec les meurtres, et il n'a pas conscience de la différence qui existe entre ces deux sortes d'actions. Le tout contribue seulement à satisfaire ce véritable besoin de souffrance morale, de tristesse propre à la mélancolie (qu'on appelle aussi très justement, pour cette raison : hypémanie). — C'est là un caractère psychologique intéressant au point de vue du diagnostic, et qui peut être utile dans la recherche de la simulation.

Enfin, toute la journée, sitôt qu'on s'approche de lui, A... vous tient les mêmes discours, ou plutôt vous répète les mêmes phrases : « J'étais fou quand j'ai assassiné quatre personnes. Je suis bien malheureux. Ce n'était pas ma faute, puisque j'étais fou. Je vois bien qu'on veut me faire du mal. — Je ne veux pas qu'on m'empoisonne. — Je veux m'en aller d'ici. »

On cherche à le faire s'expliquer sur le sort que M... lui a jeté. Tantôt il est sûr qu'on lui a réellement donné un sort, tantôt il dit qu'il le croyait, mais qu'il ne le croit plus. Il est toutefois certain que l'idée de sortilège ne l'a pas abandonné. Elle occupe toujours sa pensée, elle est moins absorbante que ces jours derniers, elle ne remplit pas toute la conscience, mais elle subsiste encore, et elle se réveillerait à la première occasion, aussi intense que la première fois. Et de fait, il lui arrive assez souvent de dire froide-

ment « que c'est M... qu'il aurait dû tuer, qu'il recommencerait encore, quand il souffre, parce que c'est bien un sort qu'il a ».

21 *septembre et jours suivants.* — L'amélioration persiste, mais sans se prononcer davantage. En somme, l'état reste stationnaire. On retrouve encore des hallucinations, des illusions, et aussi des idées délirantes, mais moins intenses. Il y a surtout beaucoup moins d'excitation. On doit cependant toujours craindre de nouvelles crises d'agitation et de nouvelles impulsions. Une fois même, parce qu'un infirmier voulait l'obliger à prendre soin de sa personne, à se laver, il s'est emporté, sa figure est devenue mauvaise, mais l'incident n'a pas eu de suite, il est vite redevenu calme, la crise a avorté.

On peut définir ainsi brièvement l'état mental actuel de A... : Dépression mélancolique légère, trouble dans les idées, préoccupations un peu vagues et mal systématisées dans le sens des idées de persécution, et spécialement crainte qu'on l'empoisonne ; quelques hallucinations et illusions de la vue et de l'ouïe ; en plus sentiment de désespoir, préoccupation absorbante de la pensée de l'acte qu'il a commis ; et enfin, désir de mourir et tendance prononcée au suicide. — Aujourd'hui, *1^er^ février 1892*, la situation est encore la même.

Résumons maintenant l'histoire pathologique de A..

Jusqu'à l'âge de trente et un ans, A... est bien portant au physique et au moral, sans tare névropathique héréditaire ou acquise. A cette époque de son existence, il tombe malade. Sa maladie est caractérisée par de violentes douleurs de tête siégeant à la région frontale, et survenant par accès, lesquels s'accompagnent parfois d'étourdissements et de vomissements ; par l'affaiblissement rapide de la vue ; par des troubles de la mémoire ; enfin par certaines modifications du caractère.

L'affaiblissement de la vue est probablement dû à une atrophie. de la papille. A l'examen à l'ophthalmoscope, on trouve la papille droite avec des contours irréguliers et d'un blanc nacré, que l'examen comparatif avec la pupille gauche rend évident. En outre, il y a dilatation permanente de la pupille, également à droite.

Il est important de rechercher quelle peut être cette maladie qui va sans cesse en s'aggravant. — Il est certain qu'il s'agit d'une maladie du système nerveux qui intéresse spécialement les parties antérieures du cerveau, les symptômes l'indiquent. Mais c'est là tout ce qu'on peut affirmer. En cherchant à préciser le diagnostic, on ne fait que des suppositions plus ou moins plausibles.

Y a-t-il une lésion, tumeur ou autre, développée primitivement dans le cerveau, ou bien développée dans son voisinage et n'ayant atteint cet organe que consécutivement? — Il se peut qu'il en soit ainsi, et c'est ici que doit intervenir la pensée de l'existence possible de la syphilis dans les antécédents du malade. Mais rien ne la démontre d'une façon certaine. On n'a jamais observé ni attaque d'apoplexie, ni symptômes paralytiques, et c'est ce qui contribue à rendre ainsi obscure la question du diagnostic.

Y a-t-il seulement lésion profonde, élémentaire, et ne se manifestant que par des troubles fonctionnels? — C'est peu probable, mais on ne doit pas rejeter absolument cette supposition.

La seule chose, encore une fois, qui soit certaine, c'est que les divers symptômes observés chez le malade ont leur raison d'être dans une modification morbide des parties antérieures du cerveau, et cette donnée pathogénique est suffisante dans le cas actuel.

Il en résulte, en effet, que A... qui n'est porteur d'aucune tare héréditaire se trouve cependant, par le fait de son affection cérébrale qui date de neuf mois, dans les mêmes conditions qu'un névropathe héréditaire, car, que la névropathie résulte de l'hérédité

morbide, ce qui s'observe le plus généralement, ou qu'elle soit acquise, les conséquences en sont les mêmes. — Le cerveau de notre malade est devenu un *cerveau infirme*, par accident, et sous l'influence de la folie, il réagira à la façon des cerveaux infirmes par hérédité morbide. On a parfois caractérisé les sujets de cette sorte en disant qu'ils étaient héréditaires d'eux-mêmes.

A..., par le fait de son affection cérébrale, est donc devenu un dégénéré intellectuel, et je dois insister sur ce point parce que là se trouve l'explication de l'impulsion homicide qui éclate au début d'un simple accès de mélancolie.

On peut comprendre maintenant ce qui s'est passé : A... atteint de dégénérescence intellectuelle, suite d'une maladie des parties antérieures du cerveau, a tout à coup, pendant la nuit du 9 au 10 septembre un accès de délire mélancolique, accès préparé depuis de longs mois déjà, et caractérisé par de l'angoisse, de la terreur, des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations et des illusions diverses, et par une idée délirante de sortilège. Presque de suite, une impulsion homicide surgit dans son esprit, et devant elle tout disparaît ; le malade devenu étranger à ce qui l'entoure s'y livre tout entier.

C'est là que se manifeste la réaction pathologique du cerveau infirme dont je viens de parler, du cerveau en dégénérescence. La clinique apprend, en effet, que les impulsions de ce genre ne naissent que dans les conditions de dégénérescence cérébrale, dégénérescence héréditaire le plus souvent, mais dégénérescence acquise aussi parfois, comme dans le cas actuel. —

Les parties antérieures du cerveau, momentanément au moins, perdent leur puissance de contrôle et d'arrêt sur les parties postérieures, siège des centres instinctifs. L'actuation devient alors, pour ainsi dire automatique[1].

L'acte consommé, un équilibre relatif s'établit dans le fonctionnement du cerveau, le délire peut persister, mais l'impulsion a disparu de la conscience. — C'est ce qui est arrivé chez A... qui, ses quatre meurtres consommés, en a gardé le souvenir, les a expliqués, et a même regretté de les avoir commis, tout en conservant cette idée, qui fut la cause originelle de l'impulsion, que M...., son voisin, lui avait donné un sort.

Telle est l'explication médicale du quadruple assassinat commis par l'accusé.

Quelques mots encore au sujet du diagnostic de l'accès d'aliénation mentale présenté par A.... Tout d'abord, mis en présence de ce quadruple assassinat consommé dans les conditions que l'on connaît, il était naturel de le supposer dû à la folie épileptique, à la folie alcoolique ou au délire de persécution. — L'examen, même superficiel de A..., a de suite fait reconnaître qu'il ne s'agissait, chez lui, d'aucune de ces entités morbides. Il n'est pas même utile, tant la chose est évidente, d'exposer un diagnostic différentiel

[1] Dans beaucoup de circonstances, ces phénomènes morbides d'inhibition, ou mieux, ces phénomènes morbides dépendant d'un défaut d'inhibition, sont peut-être dus à un arrêt de développement de certaines parties de l'encéphale, ou à un développement défectueux de ces parties (fibres de conjonction, qui relient entre eux les différents territoires), dans les cas congénitaux ; et à une désorganisation pathologique de ces mêmes parties, dans les cas acquis. — C'est là une vue théorique qui concorde avec bien des données acquises aujourd'hui à la science, sur les localisations, mais qui n'a pas encore pu être contrôlée par l'observation directe, par l'anatomie pathologique.

et d'énumérer les caractères distinctifs qui existent entre ces différentes maladies mentales et l'accès de délire mélancolique dont notre malade a été atteint, quelques heures seulement avant la scène des meurtres.

On a pu noter, pendant cette scène de meurtre, deux particularités étranges. D'abord, pourquoi A... a-t-il choisi, parmi ses autres voisins, M.... pour en faire son ennemi, celui qui l'avait ensorcelé? — Ensuite, pourquoi a-t-il cherché à donner, en les comptant à haute voix, soixante coups de son arme à chacune de ses victimes ?

A... a pensé que c'était M... qui l'avait ensorcelé par suite d'un travail intellectuel inconscient, d'une *cérébration inconsciente*, comme on désigne ce phénomène psychique. La mère de M... avait conseillé autrefois à A... d'aller consulter un empirique qui guérissait les maladies inconnues et qui enlevait les sorts. Ce simple fait est devenu, pour le malade, le point de départ d'une association d'idées, qui s'est déroulée plus ou moins à son insu, et sans que son moi y prit peut-être la moindre part. Le dernier terme de cette association d'idées a été cette conception absolument consciente, celle-là, que son sort lui avait été donné par M... fils. — Il est souvent facile d'expliquer ainsi, à l'aide des cérébrations inconscientes, les conceptions et les actes les plus bizarres des aliénés, on s'aperçoit alors que, conceptions et actes, si anormaux qu'ils paraissent, n'en ont pas moins une origine, un point de départ logique.

La circonstance des soixante coups donnés à chaque victime est plus difficile à expliquer. On peut chercher la raison de ce fait dans quelque hallucination

mpérative de l'ouïe. Il serait peut-être plus rationnel de faire intervenir l'influence de quelque conception délirante intimement combinée avec l'impulsion homicide, née en même temps qu'elle dans l'esprit du malade et lui restant associée jusqu'à la fin. — L'idée de faire embrasser le cadavre de la mère par l'enfant se rattacherait aussi à quelque sentiment mystique contemporain également de l'impulsion. On a vu que A..., peu avant la scène des meurtres, avait prié à haute voix, il était donc sous une influence mystique étrangère à sa vraie nature. — Mais il faut reconnaître que ce sont là des considérations tout à fait hypothétiques.

Je crois, en résumé, avoir démontré par tout ce qui précède, que A... atteint d'un accès de délire mélancolique, dans la nuit du 9 au 10 septembre, a été pris, dans la matinée du 10, d'une impulsion homicide subite et irrésistible.

Aujourd'hui, 1er février 1892, l'accès de mélancolie dure encore, mais il est moins intense. Cependant des pensées de suicide et de meurtre continuent toujours à hanter l'esprit du malade, lequel reste encore assez déprimé, et, chez lui, des impulsions dangereuses pourraient d'un moment à l'autre se réveiller aussi violentes que celles du début de l'accès.

Quelle sera maintenant la marche ultérieure de l'affection? — L'accès actuel guérira peut-être, la guérison de la mélancolie n'est pas rare; mais le cerveau du malade, outre qu'il est le siège de la psychose actuelle, est dans un état pathologique particulier, sur lequel nous avons à plusieurs reprises insisté, et cette circonstance rend bien improbable la guérison réelle

de la psychose.— On doit plutôt admettre que l'accès vésanique se prolongera et qu'il deviendra chronique; il subira sans doute alors des modifications, quant à ses symptômes et à sa forme, il se systématisera peut-être davantage et se transformera en un délire mélancolique avec idées de sortilège et de persécution. Mais on doit prévoir que des impulsions irrésistibles, analogues à celles qui se sont déjà produites, se produiront encore dans l'avenir.

En conséquence, je suis amené à formuler ainsi les conclusions de mon rapport :

1° A... est atteint d'aliénation mentale (délire mélancolique). Il était déjà aliéné quand, sous l'influence d'une impulsion irrésistible, il a commis quatre meurtres successifs;

2° Il est, par conséquent, complètement irresponsable de son action;

3° A... est un aliéné très dangereux qui doit être maintenu dans un asile spécial.

Ces conclusions ayant été admises par le juge d'instruction, A... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut envoyé à l'asile de Bonneval, où il est en ce moment. — Son état mental (1er février 1892) n'a encore subi aucune modification remarquable.

Les quelques principes de médecine légale des aliénés, que j'ai rappelés dans cette note, y sont exposés très succinctement, et il est, par conséquent, inutile que je les reproduise en terminant sous forme d'un résumé.

Mon but principal a été de relater un cas d'homicide par un aliéné, consommé dans des circonstances qui semblaient différentes de celles dans lesquelles

les fous deviennent meurtriers, et de démontrer qu'il n'en était rien. L'observation détaillée d'A..., jointe à la connaissance de l'état mental réel de ce malade, ne peut, au contraire, que corroborer les données acquises aujourd'hui sur les impulsions homicides dans l'aliénation mentale. — La pathologie mentale ne possède encore de bases anatomo-pathologiques qu'en quelques-unes seulement de ses parties, elle n'en est pas moins, dans son ensemble, constituée d'après les règles d'une méthode rigoureusement scientifique, qui s'appuie à la fois sur l'observation et sur l'expérience, c'est-à-dire sur la clinique et sur la physiologie cérébrale.

La forme de ce court travail m'obligeait à présenter d'abord un aperçu de la sémeiologie de l'homicide dans la folie, c'est ce que j'ai fait en m'efforçant de ne retenir que les notions réellement acquises à la science, et en laissant de côté toutes celles qui sont encore controversées. J'ai même dû m'abstenir, pour cette raison, de signaler l'homicide dans la paralysie générale, quoiqu'il en existe des cas incontestables. Mais ces cas sont peu nombreux, et ils sont surtout trop insuffisamment étudiés pour qu'il soit, dès à présent, permis d'en déduire des conclusions cliniques.

RECUEIL DE FAITS.

SUR LES HALLUCINATIONS, ET EN PARTICULIER LES HALLUCINATIONS VERBALES PSYCHO-MOTRICES, DANS LA MÉLANCOLIE (*Suite*)[1] ;

Par J. SÉGLAS, médecin suppléant de la Salpêtrière,
et PAUL LONDE, interne des hôpitaux.

OBSERVATION III. — La nommée Marthe Carr..., âgée de cinquante-six ans, est une mélancolique anxieuse, entrée dans le service de M. Falret le 3 octobre 1889.

Elle est très loquace et forte agitée. Elle ne peut rester en place. « *J'ai été une ignorante*, dit-elle, *je me suis perdue* ; j'ai volé le pain de tous les hôpitaux. Je suis devenue comme un monstre ; je l'ai vu en me regardant dans une glace. J'ai des grouillements dans le corps, ce doit être le diable. J'ai abandonné la grâce de Dieu et Dieu m'a abandonnée... Il faut me purifier comme un animal. Je voudrais ne pas manger. C'est cela qui m'a corrompue. J'aurais dû ne pas manger le pain des autres malades des hôpitaux. Je suis pleine de vers, je les ai sentis grouiller et cela faisait du bruit. Quand on est devenue un animal qu'est-ce qu'on peut faire. Je suis stupide, je ne veux pas manger et je mange. Il n'y a pas de grâce pour des horreurs comme moi. *Je ne mérite rien*. Dieu ne me pardonnera jamais. Tuez-moi, ne me soignez pas. »

« J'ai livré le sang innocent ; je suis Judas Iscariote. Dieu m'a ôté le pouvoir de travailler et l'intelligence, je *suis incapable de tout*. Je corromps tout le monde. » Phraséologie mystique ; parle comme si elle prêchait. Rhumatisme déformant. Athérome généralisé.

Voix intérieures. — Elle est malade depuis un an et demi. Elle se dit possédée depuis un an. Elle ressent des *voix intérieures*. Ce sont des inspirations *mauvaises* ou *bonnes*. Les premières les plus fréquentes partent à *gauche* de la région du cœur. Les bonnes inspirations plus rares viennent du côté *droit* et ne durent pas.

Transférée en province le 30 novembre 1889.

[1] Voir n° 68, p. 201.

Nous retrouvons ici un dédoublement de la personnalité caractérisée par la lutte entre l'idée de bien et l'idée de mal. Ici chaque voix a sa localisation. Cela a sans doute peu d'importance. Mais ce qui est plus intéressant, c'est que cette possédée mélancolique a été regardée comme ayant des hallucinations de l'ouïe. Or il est plus que probable qu'elle n'a jamais eu d'autres voix que les voix intérieures. Au moins est-ce la conclusion des recherches que nous avons faites à ce propos dans son interrogatoire.

Observation IV. — Mme X... entrée dans le service de M. A. Voisin comme atteinte de mélancolie anxieuse.

« Il y a quatre mois, j'étais gaie ; je suis tout à fait changée. Cela m'a pris par une peur de mourir. Quelque chose me saisissait à la poitrine et cela m'a donné peur de mourir.

Voyez ma figure comme elle est ; voyez comme cela me travaille. Je suis endurcie. Le cœur est dur au physique comme au moral. Le bon Dieu manifeste cela par de la folie. On a l'air d'être folle. Je ne suis plus rien. Je sens que je vais mourir bientôt. Je sens cela dans mon corps. Le diable est dans mon âme.

Rien ne plaît aux endurcis ; ni les parents, ni les amis.

Je vais jaunir ; je jaunis déjà. Vous verrez mon cœur à l'autopsie. Je suis un monstre. Je vais mourir comme une damnée et c'est pour l'éternité.

On fait tout ce qui doit être à l'envers. Il faut que je mange avec le poison ; quelle contradiction ! si je crachais, vous verriez que c'est du poison, à moins que le diable ne diminue pour faire croire que c'est des crachats. Voyez comme ma figure est changée. Je souffre du corps et du moral. »

Voix intérieures.— *Voix* la nuit : « Perdue pour l'éternité ; toujours dans l'éternité malheureuse ! Je sentais cela dans mon âme et je le disais. J'entendais *comme si je parlais moi-même*. C'étaient des voix intérieures ; c'était de l'autre vie. »

Il n'y a pas chez elle de sensation auditives, car lorsqu'on lui demande dans quelle direction venaient ces voix, si elle les entendait par l'oreille ? — Mais je ne connaissais pas cela, répond-elle.

En résumé, nos observations peuvent se répartir de façon suivante :

Sur nos deux mélancoliques avec conscience, l'une a de la conversation mentale, l'autre a une voix de la conscience.—Sur nos deux mélancoliques avec dépression, l'une a une conver-

sation mentale si accentuée qu'elle parle elle-même de voix intérieures qui se contredisent, l'autre a une voix intérieure très nette. — Sur nos quatre mélancoliques anxieuses, trois ont des voix intérieures qu'elles localisent dans la poitrine, l'autre a une voix intérieure qu'elle ne localise pas.

Nous ne prétendons pas résoudre la question de savoir si les mélancoliques ont toujours soit des voix intérieures, soit de la conversation mentale. Nous ferons remarquer seulement que l'état faible de l'hallucination psycho-motrice demande à être recherché sous peine de passer inaperçu. Nous en donnerons comme exemple l'observation suivante.

La nommée Julie-Lucie Lamb..., âgée de vingt-huit ans, examinée le 30 mars 1888, dans le service de M. Falret, se présente dans l'état suivant.

Début. — Depuis six mois elle n'est pas réglée, après l'avoir été assez mal plusieurs mois auparavant. Elle se plaint de leucorrhée quoiqu'elle ait une conduite « régulière ». Elle a aussi de la dyspepsie flatulente; mais elle mange assez bien en se forçant un peu.

Dans cet état de santé assez médiocre, elle se mit à commettre quelques extravagances qu'elle qualifie maintenant de méchancetés envers sa mère. Elle ne voulait pas manger à table disant que cela la ferait mourir. Puis elle mangeait en cachette quantité de pain « pour s'étouffer » et buvait de l'eau de vaisselle pour se brûler la langue. Elle ramassait des croûtes de pain dans la rue pour les manger. Elle feignait de vouloir se sauver de chez elle; elle partait et revenait aussitôt.

Elle se mit à parler tout le temps en répétant des mêmes phrases. Elle marmottait des prières à la sainte Vierge. La nuit, elle dormait peu, ayant des cauchemars, mais ne causait pas. Elle avait des envies de pleurer en s'accusant de ne pas écouter sa mère. Les prières ne semblent qu'une conséquence des fautes qu'elle s'accuse d'avoir commises. Elle a bien été religieuse de tout temps; mais elle l'est devenue davantage. Elle demandait qu'on priât pour elle en disant qu'elle n'aurait pas été coupable si elle avait prié davantage.

Depuis la même époque, c'est-à-dire depuis environ six mois, elle croyait qu'on la regardait dans la rue, mais non pas qu'on lui parlait. « Je marche si bêtement, dit-elle, que les petites filles riaient de moi. J'aurais dû verser des larmes de sang. »

Aujourd'hui elle se présente marmottant des prières. Elle a peur d'être damnée.

Antécédents. — Voici quels sont ses antécédents *personnels*. Elle

a toujours été timide, émotive, sauvage, se cachant de ses beaux-frères et des hommes en général. Son caractère était sérieux. Elle apprenait assez facilement à l'école, dit-elle. Réglée à treize ans, elle est devenue triste vers quinze ans. Elle ne voulait pas sortir avec les autres.

Ses *antécédents héréditaires* sont les suivants : sa *mère* a soixante-cinq ans et se porte assez bien. Son père mort à soixante-dix-huit ans avait vingt-un ans de plus que sa femme. Il avait cinquante ans quand la malade est née. C'était un asthmatique et un alcoolique avéré. Il a eu des idées de suicide répétées sans tentatives. Il n'était jamais content, son caractère était difficile.

La malade a deux frères alcooliques et deux sœurs bien portantes.

Nouvel examen le 4 août de la même année. Elle se met à pleurer en arrivant et ne cesse de sangloter pendant tout le temps que dure l'interrogatoire. Elle se plaint qu'on ne la laisse pas sortir. C'est pour la punir des misères qu'elle a faites à sa mère qu'on l'a enfermée ici. Elle trouve qu'elle a des bras de poitrinaire ; quelquefois le sang lui vient à la bouche. Et comme on lui fait remarquer qu'elle a engraissé, elle répond que c'est de la mauvaise graisse, qu'elle est enflée. Si elle avait été pieuse elle ne serait pas ici. Le bon Dieu l'a punie. Sans cela, on l'aurait laissée sortir.

Elle a quelquefois des cauchemars, mais elle n'a jamais vu le diable. Elle est une misérable d'avoir fait des bêtises, sachant que ça faisait de la peine à sa mère. Elle n'a jamais entendu de voix qui lui causaient.

Elle est sortie le 24 septembre 1889 avec le certificat suivant : niveau intellectuel peu élevé; délire mélancolique avec idées mystiques prédominantes ; depuis plusieurs mois aucune trace de son délire.

23 *nov.* 1891.— Aujourd'hui Julie Lamb... vit avec sa mère mais elle est toujours mélancolique. Elle ne veut voir personne ; elle est contrariante surtout au moment de ses époques et pourtant elle aime bien sa mère. Elle fuit surtout les hommes; elle n'aime pas les propos légers de l'atelier et se trouve malheureuse quoique elle ait toujours été d'un caractère sauvage et triste. Elle est incertaine sur ce qu'elle doit faire. Voudrait bien mourir et en même temps qu'elle craint l'avenir, elle revient quelquefois sur le passé en disant : j'aurais dû ne pas faire ça ; ou j'ai eu tort de dire telle chose. *Elle se parle continuellement ainsi à elle-même et tout haut* en se faisant de continuels reproches. Elle se sent forcée de se parler ainsi. Elle a toujours ses idées religieuses. Elle n'aime pas le bruit, le mouvement, ni les rires qui lui cassent la tête, dit-elle.

La malade elle-même dit seulement qu'elle a des craintes, qu'elle se fait des reproches. Mais il faut insister au besoin,

questionner sa mère pour savoir qu'elle se parle continuellement à elle-même et qu'elle s'y sent forcée.

Si l'état faible de l'hallucination psycho-motrice peut passer inaperçu, l'état fort, en quelque sorte l'hallucination confirmée, peut être pris, nous le croyons du moins, pour des hallucinations de l'ouïe. Souvent l'entourage ou les malades eux-mêmes signalent simplement des voix. Il faut pousser minutieusement l'interrogatoire pour reconnaître que ces voix ne sont que des voix intérieures. Nous croyons avoir démontré que la méprise était possible notamment chez les mélancoliques anxieux. En effet, dans notre première observation de mélancolie anxieuse, nous voyons que la malade elle-même dit n'avoir pas eu les hallucinations qu'on lui supposait ; dans la deuxième, nous avons insisté sur ce qu'il fallait entendre par la voix « Pincharde » ; dans la troisième, nous n'avons trouvé que des voix intérieures chez une malade qui avait passé pour avoir des hallucinations sensorielles. Il nous est arrivé aussi souvent de croire à des hallucinations de l'ouïe chez des malades que nous avons reconnu ensuite n'avoir que des voix intérieures, des hallucinations verbales motrices.

Nous avons été amenés ainsi à rechercher l'opinion des auteurs sur les hallucinations de l'ouïe dans la mélancolie. Elles nous ont paru très diverses. Dans les traités classiques on voit seulement signalée la présence plus ou moins fréquente d'illusions et d'hallucinations dans la mélancolie, mais sans qu'il y ait rien de spécifié à ce sujet. Cependant, parmi les auteurs allemands Schuele paraît avoir cherché à approfondir la question. « Il faut noter, dit-il, que les hallucinations véritables ne sont pas aussi fréquentes dans les mélancolies pures que les pseudo-hallucinations et les illusions. » Nous pensons que les pseudo-hallucinations dont parle Schuele ne sont autre chose que les voix intérieures, les hallucinations verbales psycho-motrices. Peut-être la recherche constante de celles-ci aurait-elle pour résultat la diminution du nombre des mélancoliques qui passent pour hallucinés. Souvent d'ailleurs on signale pour des hallucinations des phénomènes qui sont décrits dans les observations comme des illusions ou des interprétations délirantes, comme l'une de celles que l'on peut lire dans le traité de Krafft-Ebing.

Dans la récente discussion sur la mélancolie, ouverte à la Société médico-psychologique, en 1890, MM. Legrain et Saury

ont émis sur ce point particulier de la fréquence des hallucinations sensorielles dans la mélancolie, des opinions très divergentes, le premier les regardant comme exceptionnelles, le second pensant qu'elles sont au contraire fréquentes et que les mélancoliques avec conscience sont les seuls à n'en pas avoir. Nous inclinerions très volontiers vers l'opinion de M. Legrain et si M. Saury a pu formuler un avis contraire, c'est sans doute parce qu'il fait rentrer dans la mélancolie, les cas de stupeur hallucinatoire, décrits jadis par Baillarger et que l'on tend aujourd'hui à regarder comme des faits très distincts de la mélancolie ordinaire.

En somme, les faits que nous rapportons ci-dessus sont en faveur de l'opinion des auteurs qui regardent comme rares les hallucinations dans la mélancolie « pure ». Cette opinion d'ailleurs est bien en rapport avec l'idée que l'on se fait de l'état cérébral des mélancoliques. Ce qui domine chez eux c'est l'aboulie; c'est sans doute là le phénomène primitif. La douleur, la tristesse semble n'être que la conséquence naturelle de l'inaction. « Les phénomènes douloureux, dit J. Cotard [1], auxquels on est tenté d'assigner la première place, font quelquefois défaut et il n'est nullement prouvé, quand ils existent, que la dépression psycho-motrice leur soit subordonnée. » Il est vrai de dire que si la douleur morale succède à l'aboulie, celle-ci est ordinairement sous la dépendance d'un état physique défectueux et pénible. Si le mélancolique manque de spontanéité, c'est qu'il manque de vitalité. Quoi qu'il en soit, cet état de dépression conduit ce genre de malades au doute et à l'incertitude. Le monde extérieur n'a plus d'influence sur eux, parce qu'ils ont perdu eux-mêmes l'influence qu'ils avaient dans le monde extérieur. Ils s'isolent et leurs centres psycho-moteurs, lorsqu'ils ne cessent pas de fonctionner, épuisent en quelque sorte leur activité sur place comme ces ressorts qui se déroulent sans donner d'impulsion à la machine. Chez les déprimés comme chez les anxieux ce n'est donc pas tant le travail cérébral qui fait défaut, qu'un travail qui manque d'ensemble de cohésion.

Le mélancolique n'agissant plus utilement perd le sentiment de sa personnalité qui se dérobe et se dissocie. Il assiste lui-même à cette dissociation; il sent que le mal réside en lui, con-

[1] *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*, p. 425.

trairement aux persécutés qui, suivant l'expression de Cotard, « objectivent l'automatisme dans le monde extérieur ». Aussi comprend-on facilement que les mélancoliques soient peu sujets à l'hallucination sensorielle; leurs préoccupations sont toujours subjectives et incertaines; et cette incertitude même s'oppose à ce que leurs idées revêtent une intensité suffisante pour que les images représentatives surtout verbales puissent passer à l'état hallucinatoire. Il se passe chez eux l'inverse de ces phénomènes que M. Chaslin a bien étudiés et mis en lumière chez les persécutés.

D'un autre côté, on s'expliquerait aisément la présence des hallucinations verbales motrices à l'état fort ou faible, véritables phénomènes d'automatisme psychologique dans une maladie comme la mélancolie où l'on trouve aussi accentués des désordres du côté moteur de la vie psychique.

Loin de nous la pensée de dire qu'il n'y a pas d'hallucinations sensorielles dans la mélancolie; nous croyons seulement qu'il est nécessaire de bien préciser le phénomène hallucinatoire quand il existe. On emploie peut-être trop volontiers le terme d'hallucinations de l'ouïe pour désigner des faits qui rentrent soit dans les hallucinations verbales psycho-motrices, soit dans les illusions et les interprétations délirantes; et si la confusion est possible pour les troubles de l'ouïe elle l'est aussi pour la vue, le goût et l'odorat.

Pour les hallucinations auditives, lorsqu'elles existent, elles sont en général passagères, reléguées au second plan vis-à-vis des hallucinations motrices.

Dans les cas où elles prennent un plus grand développement chez les mélancoliques, et l'on doit se demander s'il n'y a pas lieu de distinguer des mélancoliques ayant ces hallucinations de ceux qui ne les ont pas. Dans certains cas en effet, on ne peut pas dire que les hallucinations sensorielles en général soient accessoires; elles peuvent alors modifier considérablement le tableau clinique de la mélancolie. Peut-être bien qu'ici il ne s'agit plus de mélancolie pure, comme dit Schuele. La question s'éclaircirait si l'on pouvait mettre ces hallucinations sur le compte d'une autre affection combinée à la mélancolie, l'hystérie, par exemple.

C'est ainsi que nous avons pu observer une jeune femme qui fut prise subitement à la suite d'une terreur violente occasionnée par une explosion de dynamite dans son voisinage,

d'hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, d'idées mélancoliques, crainte de la ruine, de la mort de ses enfants, état d'inertie allant presque jusqu'à la stupeur. Cette dame allaitait à ce moment et de plus, elle présentait des signes d'hystérie (boule, ovarie gauche, diminution de la sensibilité de ce côté).

Sous l'influence d'un traitement approprié, une amélioration se produisit; mais il persista un état de dépression mélancolique avec découragement général, et par paroxysme de l'anxiété, des idées de désespoir et de suicide. A ce moment, il n'y avait plus d'hallucinations, mais seulement des interprétations délirantes à propos de phénomènes auditifs. Le mari de la malade faisait même à ce propos la distinction avec les anciennes hallucinations, et il assurait que les bruits divers existaient réellement, mais revêtaient pour sa femme une signification particulière, tandis qu'au début lorsque sa femme prétendait entendre des bruits ou des voix, lui n'entendait absolument rien. De plus, cette malade a maintenant de la conversation mentale très nette et elle cause toute seule « dans sa tête », parfois même, il lui arrive de parler haut sans pouvoir s'en empêcher.

Il est évident qu'on a affaire ici à un accès de délire à forme mélancolique non pure, mais enté sur un terrain spécial, de nature hystérique et c'est à ce terrain qu'on pourrait, à notre avis, rapporter le début rapide et la présence des hallucinations sensorielles, auditives et visuelles.

Conclusions : — Les hallucinations verbales psycho-motrices existent chez les mélancoliques ; elles semblent être chez eux très fréquentes et constituer un des caractères importants de leur état mental avec lequel elles cadrent bien.

Elles peuvent être prises à un examen superficiel pour des hallucinations verbales auditives et peut-être celles-ci seraient-elles considérées comme plus rares si avant de les admettre on éliminait la possibilité des voix intérieures, des illusions et des interprétations délirantes.

D'une façon générale, l'état mental du mélancolique n'est pas propre au développement de l'hallucination verbale auditive ; quand celle-ci existe et imprime de même un caractère spécial au tableau clinique, il y a lieu de rechercher si la mélancolie n'est pas associée à une autre maladie mentale.

L'étude des hallucinations psycho-sensorielles chez les

mélancoliques conduirait peut-être à rejeter du groupe des mélancolies pures celles qui sont accompagnées d'hallucinations et c'est ainsi que l'on tend aujourd'hui à distinguer la stupeur hallucinatoire de la stupeur proprement dite.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. CONTRIBUTION A L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE PROGRESSIVE ; par A. PICK. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Cerveau d'un paralytique général durci dans l'alcool coloré par la méthode de Nissl. On trouve dans l'écorce des espèces de virgules dans l'axe longitudinal des cellules, formant des rayons par rapport à la surface. Ces virgules n'ont rien à voir avec les vaisseaux ; elles proviennent des fibres et correspondent à des tuméfactions circonscrites du cylindre axe sclérosé. P. K.

II. DES CAPILLAIRES LYMPHATIQUES DU CERVEAU ; par P. KRONTHAL. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Méthode d'étude des capillaires cérébraux en général.

A un cerveau frais, on prend un morcelet de la grosseur d'un pois que l'on met dans 20 centimètres cubes d'une solution d'acide lactique à 0,50 p. 100. Au bout de vingt-quatre heures ce morceau gonflé et d'aspect velvétique permet de très bien distinguer la substance grise de la substance blanche. Au bout de quarante-huit heures on en retire gros comme une tête d'épingle que l'on place sur le porte-objet ; de chaque côté de lui on place un couvre-objet laissant un intervalle libre de 2 millimètres ; on recouvre la pièce d'un couvre-objet dont les bords portent sur ces deux lamelles. Dans cette cellule on introduit une à deux gouttes de solution du picrocarmin ; une légère compression par petits coups en détermine la dissociation.

L'excès de liquide colorant est pompé à l'aide de papier-filtre ; on instille alors parties égales de glycérine et d'eau distillée. On monte par le procédé que l'on désire. Le microscope révèle alors une substance jaune rouge dans laquelle les éléments nerveux sont

plus ou moins distincts ; des vaisseaux plus ou moins volumineux apparaissent nettement colorés. Sur les limites de la masse tranchent des vaisseaux ténus.

Les plus nets sont les plus petits : rectilignes ou curvilignes, rarement sinueux, ils ont des parois minces qui échappent à toute mensuration, et ressemblent, à un grossissement de 400 à 500 diamètre, à de légers voiles, non colorés ou d'un rose clair qui peuvent aussi tirer sur le jaune. Cette paroi contient des noyaux nombreux, bien que l'on ne puisse à cet égard donner des chiffres exacts, car leur nombre dépend en grande partie du nombre des rameaux vasculaires ; ainsi, dans l'un des angles que forme une branche avec le tronc, il y a toujours un noyau, mais il en existe aussi sur la conduite principale. Les noyaux sont ronds ou ovoïdes ; les premiers ont pour diamètre 8 à 5 μ ; les seconds mesurent 8 μ de large sur 15 μ de long. La lumière de la branche principale est aussi grande que celle du conduit secondaire ; elle est en moyenne de 2 μ ; les noyaux de la paroi étant de deux à cinq fois plus gros que la lumière du vaisseau, il faut que la paroi subisse une expansion capable de loger le noyau sans diminuer le calibre intérieur du conduit ; c'est en effet ce qui a lieu ; aux endroits où l'on constate une dichotomie, le noyau se loge en dedans de l'ouverture et paraît souder à plein canal la branchiole sur la branche. Les hématies ayant 1 à 7 μ, et les leucocystes, 4 à 14 μ, il est évident que, quelles que soient l'élasticité des parois, et la compressibilité des éléments figurés du sang, quelle que soit aussi sous l'influence des réactifs la rétraction des parois qui aurait pour effet de faire paraître sous le microscope les vaisseaux plus étroits qu'ils ne le sont pendant la vie, ces conduits ne peuvent contenir du sang ; d'ailleurs on n'y trouve aucun élément de ce dernier, le liquide qu'ils renferment n'a rien à faire avec le sang ; c'est de la *lymphe*.

Voilà, conclut M. Kronthal, un nouveau système formé de lymphatiques, inconnus jusqu'ici, à ajouter aux espaces lymphatiques adventices, périvasculaires et péricellulaires. Nous n'en connaissons point encore les modes de communication. P. K.

III. Dégénérescence des vaisseaux capillaires dans la paralysie progressive des aliénés, par P. Kronthal. (*Neurolog. Centralbl.*, 1890.)

En examinant comparativement les capillaires sanguins par la méthode sus-indiquée et un morceau voisin du cerveau durci dans le bichromate de potasse, sectionné et coloré, M. Kronthal a trouvé que toujours, où il y a dégénérescence des capillaires, il y a disparition des fibres nerveuses. Les capillaires lymphatiques restent intacts. Ainsi, dans l'écorce du lobe frontal, les capillaires sanguins sont toujours altérés ; ils le sont le plus généralement dans l'écorce du cervelet. Les altérations consistent en : dilatation irrégulière et variable des vaisseaux, dont les parois sont épaissies ou affectées d'hypergénèse des noyaux ; au degré le plus avancé, le

capillaire est devenu un tuyau rigide, sombre, dépourvu de structure, ou dont la paroi épaisse est farcie de noyaux. P. KERAVAL.

IV. DES ACCIDENTS QUI SUCCÈDENT A LA DESTRUCTION DES DIVERSES PARTIES DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES ANIMAUX NOUVEAU-NÉS ET DU DÉVELOPPEMENT DES FONCTIONS CÉRÉBRALES DE CES ANIMAUX; par BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Ce mémoire n'est que la synthèse des précédentes communications de l'auteur[1]. Il compare les phénomènes produits par la vivisection chez les animaux adultes et ceux que les mêmes mutilations dans les mêmes régions déterminent chez les animaux nouveau-nés. Ainsi la destruction ou la résection de la zone motrice corticale qui se traduit chez l'adulte par une hémiplégie et une hémianesthésie croisée, demeure impuissante chez le nouveau-né; en vain détruira-t-on chez ce dernier les parties externes des hémisphères cérébelleux, tandis que la lésion de ces organes provoquera chez l'adulte des mouvements circulaires irrésistibles, du nystagmus, de la titubation. En revanche, si le nouveau-né est doué à sa naissance d'un développement histologique suffisant des organes envisagés (exemple : le cochon d'Inde), on obtiendra les mêmes phénomènes que chez l'adulte. Enfin, si l'on compare l'animal en expérience à l'homme, pour qu'on obtienne les mêmes phénomènes que chez celui-ci, il faut et il suffit que dans la région tourmentée les fibres nerveuses soient revêtues de leur myéline.

Conclusion : — Le revêtement des fibres nerveuses par des manchons de myéline correspond à peu près à la période de parfait développement d'un organe, c'est-à-dire à la période où cet organe va se mettre à fonctionner. Mais il est encore impossible de dire si la fonction dépend réellement de la présence du manchon de myéline ou d'autres particularités morphologiques se produisant dans les fibres au moment où elles s'entourent de myéline. P. KERAVAL.

V. EXAMEN DU CERVEAU D'UN FOU SYSTÉMATIQUE (*paranoïker*); par B. FEIST. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Il s'agit d'un hypochondriaque qui tenait les propos suivants : « On lui a infecté la syphilis en lui en déposant le poison sur son « mouchoir... On l'a rendu aveugle en l'électrisant... On l'a empoi« sonné par l'ordre des illuminés de Sicile... » Pas d'idées de grandeur apparente. Aliéné à cinquante ans il est mort à soixante-quinze ans. L'autopsie révèle une artério-sclérose des vaisseaux de la base. La seule altération des éléments nerveux est la suivante :

Tandis que le carmin ammoniacal colore normalement noyaux et corps des cellules de l'écorce, l'hématoxyline ne prend que peu ou ne prend

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, t. XX, p. 431, 85.

pas du tout sur le corps de l'élément même des grandes cellules pyramidales et de leurs prolongements, tandis qu'elle en colore très nettement le noyau et le nucléole. Il en est de même de la nigrosine. Cette particularité est générale. Mais les ganglions du cerveau, le cervelet, les régions les plus diverses du tronc du cerveau, qui du reste ne présentent aucune anomalie pathologique, n'offrent rien de semblable.

L'auteur ayant examiné comparativement le cerveau d'un vieillard de soixante-seize ans psychiquement sain, a constaté les mêmes caractères. C'est par conséquent un effet de l'âge. P. K.

VI. CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE; par L. MEYER. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Il est une catégorie de faits caractéristiques dans lesquels la paralysie générale évolue par exacerbations fébriles; c'est la méningo-encéphalite dont les lésions sont : une dégénérescence vasculaire par prolifération des noyaux et cellules de la paroi, — une altération consécutive des cellules nerveuses, — finalement, l'atrophie cérébrale. Or, c'est au début qu'il faut surprendre les lésions sur le fait, afin d'en saisir le mécanisme. Ce sont les premières altérations en rapport avec les premiers symptômes évidents de paralysie générale qui sont pathognomoniques de cette affection. Si l'on examine de bonne heure le cerveau hypérémié, à écorce tuméfiée des paralytiques, on voit que les capillaires sont gorgés de sang et que les cellules des parois vasculaires prolifèrent; l'aspect en est flétri et anévrysmatique ; on conçoit que l'écore s'atrophie consécutivement. Telle est l'inflammation du début de la paralysie générale.

La méningite chronique n'existe pas toujours nécessairement à cette période; il n'y a pas encore d'altération de la substance cérébrale ni des cellules nerveuses. P. K.

VII. DES DIFFÉRENTES SITUATIONS ET DIMENSIONS DES PYRAMIDES ET DE LEURS ORGANES CONSTITUTIFS CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX ; DE LA PRÉSENCE A L'INTÉRIEUR DE CES FAISCEAUX DE FIBRES QUI SONT CARACTÉRISÉES PAR UN DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE; par W. BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Chez l'homme, Flechsig a démontré qu'il y a un rapport de réciprocité entre le faisceau direct des pyramides dans les cordons antérieurs de la moelle et le faisceau croisé du cordon latéral ; de sorte que, quand le faisceau pyramidal d'un cordon latéral est très développé, le même faisceau pyramidal du cordon antérieur de l'autre côté est moins développé et *vice versâ*. On constate également des variations de position quant au faisceau pyramidal du cordon latéral, mais elles ne dépassent pas certaines limites.

Chez le nouveau-né (Bechterew), il y a souvent irrégularité du développement des pyramides ; le plus souvent c'est celle de gauche qui présente le plus grand développement, si bien que la pyramide gauche est d'un tiers plus volumineuse que la pyramide droite; ce volume s'explique par celui du faisceau qui gagne le cordon latéral du côté opposé et par celui du faisceau direct qui gagne le cordon antérieur homonyme; tous deux correspondant à la pyramide la plus grosse. Il existe aussi des différences de longueur, le faisceau pyramidal s'en allant parfois jusqu'au milieu de la moelle dorsale ou bien s'arrêtant à la partie supérieure du même segment, tandis qu'en d'autres cas il cesse dans la moelle cervicale ; l'analyse des longueurs respectives des composantes croisées ou directes des pyramides témoigne également de différences sans qu'il soit possible de formuler une loi ni pour l'un ni pour l'autre.

Chez les animaux, les grandes différences de développement relatif des pyramides sont en rapport, non pas avec le degré correspondant du développement des extrémités, mais plutôt avec la fonction spéciale de celles-ci (main) et avec l'activité des zones corticales motrices. Nulles ou à peu près chez les cétacés, les pyramides n'existent pas (dans le bulbe et la moelle) chez l'éléphant ; elles constituent de minimes fascicules exclusivement localisés aux cordons latéraux. Très faibles sous cette même disposition chez les lièvres et les lapins, elles augmentent chez les souris blanches dont les membres antérieurs servent à de fines appréciations et à d'ingénieuses fonctions et sont de mieux en mieux développées chez les chiens et les chats.

Situation. — Chez les chiens et les chats, il n'existe pas de pyramides antérieures; on ne les trouve que dans les cordons latéraux. Chez le lapin, toute la pyramide, chétive, occupe exclusivement le segment postérieur du cordon latéral. Chez quelques *nègres*, la pyramide occupe non les cordons antérieurs ou latéraux, mais seulement le segment antérieur des cordons postérieurs de la moelle; elle est à l'état de faisceau compact immédiatement en arrière de la commissure postérieure le long de l'adossement des cloisons longitudinales. Chez les souris blanches et les cochons d'Inde, l'entre-croisement des pyramides se fait non dans les cordons antérieurs et latéraux, mais entre les cordons antérieurs et postérieurs. Chez les cobayes, les pyramides, après s'être entre-croisées dans le bulbe, forment, dans les cordons postérieurs, principalement au voisinage de la substance grise, des fascicules disséminés. On en a des preuves anatomo-pathologiques et embryogéniques dans les dégénérescences descendantes et l'analyse des diverses époques du développement des manchons de myéline.

Embryons de cerveaux humains. — Au commencement du milieu du neuvième mois intra-utérin, dans la région où se devraient trouver les pyramides, et où l'on rencontre des fibres amyéliniques, on

constate, au milieu de ces dernières, des fibres à myéline. On trouve encore de celles-ci dans les prolongements cérébraux des pyramides. Mais il ne faut pas les confondre avec les fibres des trousseaux de la moelle qui traversent les pyramides. En effet, chez les fœtus moins âgés, à une époque où sont déjà revêtues de myéline les fibres du faisceau fondamental, du faisceau cérébello-latéral direct de la moelle, du trousseau limitrophe de substance grise, on constate, à la région qui sera plus tard occupée par les pyramides encore dans les limbes, une absence totale de fibres myéliniques ; toutefois, à la périphérie, on voit un plus ou moins grand nombre de ces éléments appartenant à des systèmes voisins. Dans les segments de moelle sous-jacents, plus bas (renflement lombaire) la région qui représentera plus tard la suite des pyramides ou qui en émanera est occupée par quantité considérable de fibres appartenant, elles aussi, à des systèmes voisins, et situées surtout, comme celles que nous venons de signaler, à la périphérie des zones pyramidales supposées. Les fibres des systèmes pyramidaux ont au contraire, pour caractère, d'occuper assez uniformément toute la coupe de la zone pyramidate. Les autres fibres constituent-elles des trousseaux indépendants ? Leur intégrité dans la dégénérescence descendante des pyramides, non seulement dans la moelle et les pyramides, mais au niveau de la protubérance et dans les pédoncules cérébraux, quels qu'aient été le volume et l'intensité des lésions cérébrales ou spinales, est en faveur de cette opinion. P. KERAVAL.

VIII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DES TROUBLES FONCTIONNELS DE L'ÉCORCE DU CERVEAU ; par K.-O. DEES. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII ; 3-4.)

Journal écrit par un fou systématique sur ses hallucinations. On y trouve que sa sensibilité anormale provoque des hallucinations de l'ouïe et que, réciproquement, celles-ci engendrent des sensations psychiques (sentiments) anormales. En un mot, pour M. Dees, la perversion de la sensibilité générale (alternatives d'hyperesthésies, de paresthésies, de dysesthésies, d'hypesthésies, d'anesthésies) qui, naturellement, ressortit aux centres du cerveau provoque des hallucinations ; les troubles de la connaissance qui, eux, sont insignifiants et secondaires, émanent d'irrégularités de l'innervation vasomotrice, les troubles du jugement dérivant des hallucinations sensorielles. P. K.

IX. DES TROUBLES VASO-MOTEURS DE LA PEAU DANS LA NÉVROSE TRAUMATIQUE ; par H. KRIEGER. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.)

L'hystérie traumatique de Charcot produit trois groupes d'accidents de cette sorte :

1° Les congestions céphaliques avec hypéridrose d'origine artérielle. C'est l'émotivité (examen du médecin) qui les engendre; elles se produisent toutes deux en même temps. Genèse : excitation des centres vasomoteurs.

2° Exanthème ortié; rougeur avec exsudation et œdème local. Au plus léger contact, à la plus minime excitation thermique ou autre. Deux observations.

3° Cyanose locale, surtout aux mains et aux pieds.

OBSERVATION. III. — Elle survient par accès, à la suite de l'impression du froid, et se traduit successivement par : douleurs, paresthésies, sensation de froid avec pâleur des doigts, puis, coloration bleue envahissant toute la main. Elle se montre aussi *sponte* quand il fait chaud. La température cutanée s'abaisse. Rien de la gangrène symétrique. Dans le cas en question, c'est, à six mois de distance, un traumatisme, puis une blessure qui provoque l'accident local et finalement le complexus de la névrose traumatique. Pas de névrite. P. K.

X. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DU GLIOME CÉRÉBRAL ; par BUCHHOLZ. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.)

Observation avec autopsie et examen histologique. Diagnostic anatomique : gliosarcome diffus de la moitié antérieure des deux hémisphères cérébraux. Hydrocéphalie interne. Compression cérébrale. On y trouve : les cellules pauvres en noyaux de la substance fondamentale (Gierke) ou des cellules assez semblables ; de gros éléments ronds analogues à ceux du sarcome. Les premières ne sont pas encore cornifiées parce que la tumeur était jeune; c'est pour cela aussi que les prolongements n'en sont ni fort brillants ni fort résistants. En revanche, un assez grand nombre d'entre elles ont chacune deux à trois prolongements assez vigoureux, ondulés et même spiraloïdes. Mais il est impossible de décider si ces prolongements vont s'unir aux cellules de la tunique adventice des artères ou à des cellules de la névroglie accolées aux parois des vaisseaux... Les cellules rondes en nids sont manifestement issues des cellules araignées. En tout cas, nous avons certainement affaire ici aux cellules de soutènement du système nerveux central. Comme il existe en outre une prolifération vasculaire, il s'agit d'un *gliome télangiectoïde*. Les éléments nerveux n'ont en rien pris part au processus.

Au point de vue clinique, tare héréditaire, symptômes d'hyperpression cérébrale. Quoique la tumeur ait un certain volume, et que ses éléments aient pénétré entre les fibres de la capsule interne, il n'y a pas eu de symptômes somatiques accusés. Simplement quelques mouvements convulsifs des bras qui différaient et de ceux du

tremblement alcoolique et de ceux de la paralysie agitante et de ceux de la sclérose en plaques ou de l'athétose, sur le caractère et la genèse desquels on ne peut rien dire de précis. P. KERAVAL.

XI. DEUX CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE INFANTILE HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE A FORME DE DYSTROPHIE, MAIS OCCASIONNÉE PAR UNE LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL; par G. WERDNIG. (*Archiv. f. Psych.*, XXII, 2.)

Il s'agit de deux enfants pris à dix mois brusquement de faiblesse dans les jambes, puis d'atrophie avec parésie des muscles de la cuisse et du bassin, et, finalement, des muscles du tronc. Symptômes symétriques. L'affection gagne les membres supérieurs, il s'y joint du tremblement des mains. La seconde observation est plus particulièrement caractérisée par des convulsions fibrillaires, la réaction dégénérative et des symptômes bulbaires. Cette dystrophie musculaire à évolution rapide a pour lésion (autopsie du premier enfant) une dégénérescence systématique des cornes antérieures avec atteinte légère des cordons antéro-latéraux, dégénérescence des racines antérieures. P. K.

XII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA MARCHE DES FIBRES DANS LE PIED DU PÉDONCULE ET DES RELATIONS ENTRE L'ÉCORCE DU CERVEAU ET LE CORPS GENOUILLÉ INTERNE; par TH. ZACHER. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 3.)

Quatre observations de dégénérescence descendante.

Si l'on divise la coupe transverse du pédoncule en quatre zones, on voit que le quart externe renferme des fibres qui vont des lobes temporal et occipital à la protubérance. Le quart voisin contient les faisceaux des pyramides. Dans la troisième zone adjacente, c'est-à-dire en dedans de ce dernier, existent les fibres du corps strié, des circonvolutions frontales (segment postérieur) et de la frontale ascendante; les fibres immédiatement en arrière du genou de la capsule passent dans le tiers supérieur de la capsule interne. Enfin, la zone la plus interne du pédoncule ne contient ni les fibres du lobe frontal ni celles du noyau lenticulaire, mais l'on y trouve celles de la région de l'insula ou de la base du noyau lenticulaire qui vont se terminer dans la couche supérieure de la protubérance. — Le corps genouillé interne affecte avec l'écorce du lobe temporal les mêmes relations que le corps genouillé externe avec le lobe occipital. Flechsig et d'autres ayant signalé les connexions directes du tubercule quadrijumeau inférieur avec l'auditif par l'intermédiaire du ruban de Reil latéral, le corps genouillé interne joue un rôle dans l'audition.— Wernicke a dit que le corps genouillé interne, est, par la couronne rayonnante, uni à

la première temporale et à la région de l'insula. Or, chez un malade (Obs. II), des coupes horizontales, qui comprennent à la fois la première temporale et le corps genouillé interne, montrent qu'un ruban dégénératif part de la première temporale ou des circonvolutions postérieures de l'insula pour aller au corps genouillé interne et aux couches inférieures du pulvinar ; on trouve aussi des tractus dégénératifs dans le bras inférieur gauche des tubercules quadrijumeaux; comme ces fibres ne paraissent pas tirer leur origine du corps genouillé interne (les fibres d'origine de celui-ci étant intactes), ce sont évidemment des fibres qui, suivant Meynert, unissent les tubercules quadrijumeaux inférieurs avec l'écorce (temporale du cerveau). — Quant au corps genouillé externe, il semble (Obs. I) que la lésion de certaines régions de l'écorce du lobe occipital (coin — première occipale) ou l'interruption des fibres blanches antéro-postérieures qui correspondent à ces organes, entraîne la dégénérescence du corps genouillé externe, du pulvinar, du tubercule quadrijumeau antérieur; en effet, dans l'observation II ces régions sont intactes de même que le corps genouillé externe. (Opinion de Monakow.)

Au point de vue fonctionnel, étude de la surdité verbale (paralysie avec aphasie optique, hémianopsie droite (Obs. I). Aucun de ces troubles n'existant dans l'observation II, il s'ensuit qu'il y avait dans le premier cas interruption entre le centre de la vue et celui de la parole, entre le lobe occipital et les première et deuxième temporales; suppression du mélange des images commémoratives d'ordre optique (lobe occipital) avec les images coordonnées d'articulation (lobe temporal). P. KERAVAL.

XIII. LA GENÈSE DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES ; par F. SCHNOPFHAGEN. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, IX, 3.)

Expliquer la forme de la surface externe du cerveau par la texture de la couche blanche immédiatement sous-jacente à l'écorce c'est-à-dire de la couche blanche, intermédiaire à l'écorce et aux ganglions, qui rayonne dans le premier segment du système de projection, telle est la tentative anatomique de l'auteur de ce mémoire qui forme les neuf dixièmes du présent cahier. M. Schnopfhagen, après avoir coloré la matière cérébrale au chlorure d'or et de potassium et au chlorure de palladium, procède à une dissection méthodique. Il enlève la substance grise et suit pas à pas les faisceaux qui se présentent comme s'il s'agissait de groupes musculaires; il les distingue et les décrit avec une minutieuse précision. On ne peut que donner une idée imparfaite d'un semblable travail qui doit être lu en entier. La lecture en est d'ailleurs agréable et commode, grâce aux figures parfaites qui l'accompagnent. La scissure de sylvius et la région de l'insula sont d'abord examinées.

Les fibres blanches qui participent à l'édification des circonvolutions de l'insula, appartiennent, dit M. Schnopfhagen, sans exception, au système des fibres d'association; leur trajet et leur direction permettent de les diviser en deux espèces : les fibres longues ou insulo-operculaires; les fibres courtes ou insulaires. Quand on a enlevé l'écorce, avec les fibres courtes, il reste trois crêtes. La crête postérieure, substratum de la circonvolution postérieure de l'insula, occupe l'angle postérieur du triangle insulaire, composé de deux branches se dirigeant en avant et en bas et dépassant les limites de la région pour gagner le lobe temporal. La crête moyenne, parallèle à la crête postérieure, participe à la formation de la partie la plus élevée de l'insula (monticule) pour se réunir à une crête antérieure au niveau de l'angle antérieur du triangle insulaire. La crête inférieure ou basale, insignifiante, est constituée par des fibres d'association de la troisième frontale. En résumé, les circonvolutions de l'insula ne fournissent, par ces crêtes, qu'un très petit nombre de fibres d'association qui, traversant l'avant mur, pénètrent le corps calleux... Quant à la capsule externe, elle unit les deux territoires corticaux de l'insula de chaque côté, à l'aide de son irradiation dans l'avant-mur; elle unit aussi l'écorce de l'insula d'un côté avec les territoires voisins de l'autre hémisphère par l'intermédiaire du faisceau arciforme sous-claustral qui occupe le territoire de la capsule externe et appartient aussi au corps calleux.

Vient ensuite l'analyse de la couronnne rayonnante dans ses rapports avec le corps calleux — les frontales — le noyau caudé — le noyau lenticulaire — la capsule externe. — Voici comment l'auteur résume l'anatomie du corps strié :

L'existence scientifique de cette masse grise uniforme est justifiée. Elle se compose d'un noyau caudé et d'un article externe ou troisième article du noyau lenticulaire, dont l'aspect strié est dû à la dissociation de la capsule interne. Il est rationnel de conserver les expressions de noyau caudé et de noyau lenticulaire pour les deux parties du corps strié séparées par la capsule interne, mais il faut introduire cette restriction que : sous le nom de noyau lenticulaire, il faut ne comprendre que l'article externe ou *putamen*, c'est-à-dire la coque du ganglion appelé jusqu'ici noyau lenticulaire; on réservera une place à part aux deux articles internes de cet organe sous le nom de *globus pallidus*.

Après avoir traité des irradiations optiques de la capsule interne vers l'écorce et des irradiations du corps strié, M. Schnopfhagen montre que les fibres pédonculo-corticales directes participent à la contexture de la couronne rayonnante autant que de la capsule interne, et exercent, au même titre que les autres fibres de projection, une influence indéniable sur le développement des hémisphères. Il montre encore que les fibres du corps calleux rejoignent non pas, comme on l'a cru jusqu'ici, des régions de même nom et de même volume, mais des territoires des hémisphères différents et comme situation et comme fonction. Il existe aussi des fibres d'association unilatérales.

Quoi qu'il en soit de ces détails anatomiques, toutes les fibres de

projection précédemment décrites forment un éventail dont les tiges, constituées par des trousseaux de fibres, poussent, en se développant, l'hémisphère et surtout l'écorce qui en émane, dans le sens et sous la forme qui résulte de leur direction. Ainsi, les fibres de la couronne rayonnante, considérées dans leur ensemble, tracent des lignes droites dont la fonction est de s'allonger latéralement ; celles qui viennent du corps calleux tracent des lignes circulaires ayant leurs points fixes sur la ligne médiane antéro-postérieure, qui, par conséquent, brident au centre les lignes projetées latéralement et se développent d'avant en arrière. Les premières soulèvent l'écorce en bourrelets (circonvolutions) dont les courbes sont subordonnées aux inégalités de longueurs des trousseaux. Les secondes règlent en quelque sorte les actions périphériques et, en les bridant, assurent la forme ovoïde des hémisphères. Les sillons de l'écorce proviennent de ce que, en quelques points, la substance blanche cesse de progresser (en ces points se forment des rainures); tandis qu'elle continue à progresser en d'autres à des intervalles variés; en d'autres termes, les sillons se produisent le long des lignes dont l'énergie d'accroissement est la plus faible, c'est-à-dire là où les points de la ligne des fibres d'association unilalérales sont tangents aux lignes de projection périphériques ou radiaires par rapport aux ganglions d'où elles elles rayonnent.

P. KERAVAL.

XIV. D'UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE PRÉCOCE D'ORIGINE CÉRÉBRALE ; par A. BORGHERINI. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Hémiplégie brusque de toute la moitié droite du corps, sans autres phénomènes antécédents, atrophie assez notable de l'extrémité supérieure droite complètement paralysée, atrophie moindre de l'extrémité inférieure du même côté d'ailleurs simplement parésiée ; atrophie extrême des muscles de l'épaule, moindre des éminences thénar et hypothénar et des interosseux (mais égale à celle du bras et de l'avant-bras), qui ne présente du reste point le type Duchenne-Aran ; atrophie des muscles du tronc (pectoraux, sous et sus-épineux) ; atrophie de la peau de l'extrémité supérieure et surtout du dos de la main (aspect de la pellagre). En somme, si l'atrophie est adéquate au degré de la paralysie. suivant les diverses régions examinées, elle n'est sûrement pas proportionnelle au degré de l'atrophie des muscles ; hyperalgésie, intégrité de la sensibilité tactile et thermique. Diminution des réflexes superficiels du côté malade, exagération des réflexes tendineux contrastant avec la flaccidité des muscles paralysés. Rien de bien marquant du côté de l'examen électrique. Notons encore que l'atrophie est survenue juste deux mois après l'apparition de la paralysie, et qu'elle a affecté une marche rapidement progressive.

C'est à l'écorce des circonvolutions ascendantes de l'hémisphère gauche qu'il faut imputer l'ensemble des accidents. A ce niveau, il existe un sarcome du volume d'une noix qui a perforé la dure-mère et les os, mais qui n'a pas pénétré dans la substance nerveuse de plus de un centimètre et demi à deux centimètres; en revanche, il y a déterminé des troubles congestifs et de petites hémorrhagies, Il s'agit d'un sarcome secondaire dont l'origine est le rein droit. Dégénérescence descendante des faisceaux moteurs de la moitié droite de la moelle. Et c'est tout. P. KERAVAL.

XV. HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE CONSÉCUTIVE A UNE EMBOLIE HYDATIQUE DES ARTÈRES CÉRÉBRALES; par DŒHNHARDT. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Une fillette de douze ans paraît atteinte d'une indigestion; le lendemain, elle est dans le plus profond coma; on constate les signes d'une convulsion épileptiforme, des troubles vaso-moteurs, une température de 39°, la disparition du pouls radial gauche et 120 pulsations de la radiale droite. Elle meurt le soir. On pense à une hémorrhagie méningée. On trouve à l'autopsie une vésicule hydatique oblitérant l'artère cérébrale postérieure gauche, et les artères sylviennes du même côté sont, ainsi que la basilaire, remplies d'échinocoques. Foyer hémorrhagique dans la couche optique droite avec irruption dans le ventricule. Il est probable (on n'a pu ouvrir le thorax) que le corps du délit occupait le cœur gauche; la vésicule hydatique qui y siégeait s'est rompue ou a été lancée dans le courant sanguin. P. K.

XVI. UN TROUBLE DE L'INNERVATION DE L'ŒSOPHAGE DÛ A UNE TUMEUR CÉRÉBRALE OCCUPANT L'ESPACE POSTÉRIEUR DU CRANE; par J. NEUMANN. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Il s'agit d'une sorte de mérycisme irrégulier, mais sans que le malade arrive à faire redescendre, malgré tous ses efforts, les aliments qui, malgré lui, remontent dans la cavité buccale. On constate à la sonde un rétrécissement fonctionnel du conduit œsophagien au niveau, tantôt de la huitième vertèbre dorsale, tantôt de la cinquième, tantôt de la quatrième, ce qui prouve l'ascension de la crampe musculaire. Intégrité des muscles pharyngo-œsophagiens supérieurs (sous la dépendance du glosso-pharyngien). Au début, la digitale et le strophantus calment les accidents y compris la fréquence du pouls qui les accompagne, ce qui prouve qu'ils dépendent de la parésie du nerf vague et de l'accessoire. L'autopsie révèle l'intégrité du système musculaire de l'œsophage; la tumeur fibreuse dont il est question dans la suscription, en comprimant le bulbe au-dessus de l'entre-croisement des pyramides, avait aplati

les premières paires cervicales et les deux parties des racines de l'accessoire qui affectent en cette région la forme d'une anse. On sait que, chez la grenouille, la destruction des deux pneumogastriques provoque une hyperexcitabilité de l'œsophage et de l'estomac. Le nerf vague et l'accessoire ont donc pour fonction de régulariser les mouvements péristaltiques, de les coordonner en une poussée de haut en bas qui coïncide avec l'ouverture du cardia.

P. K.

XVII. TUMEUR INTRA-CRANIENNE AVEC ABSENCE DE SYMPTÔMES DIAGNOSTIQUES ; par le Dr BURR. (*American journal of insanity*, avril 1891.).

On a cité des cas de tumeurs intra-crâniennes d'un volume considérable, c'est-à-dire existant depuis des années, découvertes à l'autopsie, sans avoir été soupçonnées du vivant du malade.

L'observation citée par le Dr Burr peut être rapprochée de ces faits, rares du reste : il s'agit d'une démente alcoolique, âgée de soixante-six ans. Elle était en traitement à l'asile depuis cinq ans lorsque apparut chez elle, au niveau de la bosse frontale droite, un léger gonflement ayant l'apparence d'une contusion.

Quoique démente, la malade pouvait rendre compte des troubles subjectifs qu'elle ressentait ; or, jusque-là elle n'avait accusé ni vertiges, ni maux de tête, ni nausées, pas plusqu'on n'avait remarqué chez elle aucun trouble oculaire ni des sens spéciaux, aucun signe de paralysie.

L'apparition de ce gonflement fut le premier signe objectif d'une tumeur qui grossit rapidement, se ramollit, fut enlevée jusqu'au niveau des os que l'on trouva perforés, la tumeur pénétrant par un pédicule à l'intérieur de la cavité crânienne. La récidive fut rapide et l'autopsie permit de constater à l'intérieur de la cavité crânienne, dans la dure-mère, une tumeur aplatie, de 10 centimètres de diamètre, occupant la face externe du lobe frontal droit envahi lui-même en partie, au niveau de la première frontale, tumeur ayant détruit la lame criblée de l'ethnoïde et déterminé sur le frontal, au niveau de la bosse frontale droite, une large perforation.

Il s'agissait d'un carcinôme de la dure-mère dont aucun des symptômes présentés par la malade avant la perforation du frontal et l'apparition de la tumeur à l'extérieur, n'avait pu indiquer la présence.

E. B.

XVIII. RECHERCHES SUR LA CIRCULATION CÉRÉBRALE PENDANT L'HYPNOSE ; par de SARLO et BERNARDINI. (*Riv. sp. di fren.*, t. IX-XII-XVII.)

La circulation cérébrale diffère suivant les états hypnotiques : il semble qu'il y ait hyperhémie dans l'état léthargique et anémie

dans l'état cataleptique. — Tout mène à croire qu'il n'existe pas, dans les états hypnotiques, d'antagonisme entre les circulations cérébrale et périphérique. Le pouls augmente de fréquence et les oscillations respiratoires sont à peine marquées. Les fonctions psychiques, pendant l'hypnose, provoquent des réactions vasculaires, identiques à celles qui se produisent dans l'état de veille, mais moins marquées par suite de la constriction des vaisseaux. Les états hypnotiques ne doivent pas être considérés comme ayant une existence indépendante, mais ils servent seulement à mettre en évidence des phénomènes existant auparavant. Les manœuvres hypnotiques, de quelque espèce qu'elles soient, ont seulement pour effet d'augmenter l'excitabilité de certains centres nerveux qui sont comme un locus minoris résistentiæ, et de scinder, de désagréger quelques éléments nerveux du complexus qui forme la base organique d'un esprit sain. J. SÉGLAS.

XIX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTIVITÉ FONCTIONNELLE DU CERVELET; par BORGHERINI et GALLERANI. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. III.)

Le cervelet est un organe essentiel à la coordination des mouvements volontaires; et toute lésion suffisamment profonde de cet organe détermine le même cadre symptomatique que l'ataxie locomotrice. Ces phénomènes disparaissent lorsqu'il reste en place une portion de l'organe, à condition que les rapports qui existent normalement entre les différentes parties du cervelet soient conservées. Une lésion superficielle à la partie postéro-supérieure donne comme fait constant le tremblement de la tête et du cou; la destruction complète produit l'ataxie permanente de tous les mouvements volontaires, surtout de la tête et du cou. La vue peut remédier jusqu'à une certaine mesure à la défectuosité des mouvements volontaires. Les lésions du cervelet peuvent déterminer des troubles trophiques, mais ne s'accompagnent ni de modifications de la force musculaire, ni d'altérations de la sensibilité générale ou spéciale. J. SÉGLAS.

XX. DE L'INHIBITION CARDIO-RESPIRATOIRE DE BROWN-SÉQUARD; par A. TAMASTIA. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. I-II.)

Chez les animaux supérieurs (lapins, chiens), l'action inhibitoire sur le cœur et les poumons admise par Brown-Séquard comme consécutive aux excitations de la peau et de la région cervicale antérieure, ne provoque pas la mort instantanée ni des désordres permanents graves. Les cas de mort peuvent s'expliquer plutôt par l'asphyxie, les troubles de la circulation encéphalique, les lésions et les commotions des centres nerveux que par cette inhibition. Des troubles fonctionnels transitoires très marqués comme la dimi-

nution de l'activité cardiaque et respiratoire, peuvent bien s'observer à la suite d'excitations de la région antérieure du cou et des organes sous-jacents : mais ils ont leur origine dans l'ensemble de causes dues à cette compression ou à ces excitations. L'analgésie peut aussi s'expliquer sans le secours de cette inhibition, et doit être prise dans un sens très restreint. Chez l'homme, à la suite de violences portant sur les mêmes régions, on peut voir survenir des états de dépression psychique dus à une diminution subite de l'activité cardio-respiratoire, et qui par eux-mêmes peuvent avoir une certaine importance en médecine légale, sans aller cependant jusqu'à déterminer à leur suite une mort immédiate.

J. SÉGLAS.

XXI. NOTE SUR UN CAS D'ATROPHIE D'UN HÉMISPHÈRE AVEC PACHYMÉNINGITE CONSÉCUTIVE; par J.-W. PLAXTON. (*The Journal of mental Science*, janvier 1889.)

Les renseignements recueillis sur ce malade (un nègre du Congo), sont d'autant plus incomplets, qu'il parlait à peine quelques mots d'anglais : il est entré à l'asile de la Jamaïque en 1874 ; il avait de la manie chronique avec idées de grandeur. Douze ans plus tard, en 1886, il commença à présenter les symptômes d'une lésion corticale étendue de l'hémisphère droit (affaiblissement musculaire unilatéral et mouvements convulsifs du même côté) ; l'affaiblissement alla en augmentant, mais les convulsions cessèrent. Trois mois après le début, survint de la contracture marquée des extrémités à gauche, qui ne tarda pas à devenir permanente; il n'y eut jamais de perte de connaissance. Le malade s'affaiblit et mourut sept mois après le début de ces accidents. A l'autopsie, on constata diverses altérations intéressantes : — à la région bregmatique du côté droit, la table interne du crâne était poreuse et épaissie. La dure-mère se détachait facilement, mais à droite, au niveau de la tente du cervelet, elle était revêtue d'une masse épaisse, gélatineuse, de nouvelle formation, plus épaisse au niveau de la convexité de l'hémisphère; la fausse membrane contenait une quantité considérable de sérum sanguinolent, et entre cette fausse membrane et le feuillet viscéral de l'arachnoïde, on trouvait un épanchement abondant de liquide séreux roussâtre.

L'hémisphère droit n'offrait, à vue d'œil, guère plus de la moitié du volume de l'hémisphère gauche; il était revêtu de ses membranes propres, épaissies, résistantes et opaques, surtout au niveau des lobes frontal et pariétal; plusieurs circonvolutions étaient jaunes et ratatinées, dures et grenues au toucher; c'étaient celles qui constituent le territoire cérébral irrigué par la cérébrale moyenne droite. Le pédoncule droit, la moitié droite de la protubérance et de la moelle allongée offraient un volume

notablement moindre que celui des parties symétriques du côté opposé. Les artères de la base étaient athéromateuses, et la cérébrale moyenne droite, ainsi que ses branches, étaient inférieures en volume aux artères similaires du côté gauche. — Par contraste, les membranes de l'hémisphère gauche paraissaient minces, bien qu'elles fussent en réalité plus épaisses qu'à l'état normal. — Il n'y avait aucune trace de lésion de la dure-mère; — pas de pachyméningite de ce côté. — L'auteur pense que ce cas vient à l'appui de la théorie par laquelle Huguenin a contesté l'interprétation donnée, antérieurement à lui, des processus pachyméningitiques. R. M. C.

XXII. LES MOUVEMENTS MUSCULAIRES CHEZ L'HOMME ET LEUR ÉVOLUTION DANS LA PREMIÈRE ENFANCE; ÉTUDE DU MOUVEMENT CHEZ L'HOMME ET DE SON ÉVOLUTION, AVEC QUELQUES INDUCTIONS RELATIVES AUX PROPRIÉTÉS DES CENTRES NERVEUX ET A LEURS MODES D'ACTION DANS L'EXPRESSION DE LA PENSÉE; par Francis WARNER. (*The Journal of Mental Science*, avril 1889.)

Il est impossible de résumer ce très intéressant et très important travail : nous n'avons d'autre ressource, pour ne pas le laisser ignorer entièrement du lecteur, que d'en traduire presque intégralement la troisième et dernière section, qui est d'ailleurs la plus importante; mais comme elle repose sur les données fournies par les deux premières sections, nous sommes forcés de nous excuser d'avance auprès de l'auteur et du lecteur des quelques lacunes que cette manière de procéder rend inévitables : — nous conserverons aux paragraphes les numéros qu'ils portent dans le texte original.

Les sections I et II ont été principalement consacrées à faire connaître la nature des observations sur lesquels reposent les faits qui vont maintenant être exposés; les faits observés ont été définis, classés, et en partie expliqués. On n'a guère tenté qu'une simple description des faits physiques, en prenant scrupuleusement soin dans cette description d'éviter l'emploi du terme de métaphysique.

(68). *Des propriétés des centres nerveux et de leurs modes d'action.* — Des caractères que nous avons précédemment attribués aux mouvements, nous pouvons tirer quelques inductions relatives aux propriétés et aux modes d'action des centres nerveux.

(69). *Impressionnabilité.* — Elle est un des caractères fondamentaux des centres nerveux; elle est en opposition avec la sponta-

néité, état dans lequel ces centres ne subissent que très faiblement l'influence des impressions reçues par les organes des sens.

(70). *Imitation.* — La vue de certains mouvements chez une autre personne paraît être suivie chez le sujet qui observe d'une action sur les centres nerveux qui correspondent à ceux dont l'action chez le sujet observé a produit les mouvements visibles qui sont imités.

(71). *Liberté des centres nerveux.* — Les centres nerveux, lorsqu'ils ne sont que légèrement stimulés, paraissent être plus impressionnables que lorsqu'ils le sont énergiquement.

(72). *Conservativité.* — C'est la tendance qu'ont les centres nerveux à la répétition d'actes semblables sous l'influence d'excitations semblables aussi. Cette propriété paraît comparable à l'inertie en mécanique.

(73). *Retard dans l'expression.* — C'est le rapport qui existe, dans l'ordre du temps, entre l'impression produite sur les centres et l'expression visible que provoque cette impression. La conservativité conserve l'impression, jusqu'à ce qu'elle se traduise par un mouvement visible.

(74). *Double action dans les centres nerveux.* — Il semble que les centres nerveux affectés par une impression puissent à la fois subir certaines modifications moléculaires locales et envoyer aux muscles des courants efférents, capables de produire des mouvements visibles.

(75). *Cérébration complexe.* — Une excitation primitive peut être suivie de courants allant de certaines cellules à d'autres groupes cellulaires, et finalement aboutir à des mouvements exactement adaptés à la circonstance qui a déterminé l'excitation primitive.

(76). *Renforcement.* — Un centre nerveux, stimulé par une impulsion afférente peut transmettre son impulsion efférente à plus d'un centre, de telle manière que les courants nerveux soient renforcés à mesure qu'ils aboutissent aux muscles qui produisent les mouvements visibles. Ce renforcement s'observe aux premières périodes de l'existence tandis que la cérébration complexe appartient à des périodes plus avancées du développement.

(77). *Action diatactique.* — Nous entendons par là la mise en préparation des cellules-nerveuses en vue d'une action combinée.

(78). *Psychose.* — Nous désignons sous ce nom les modifications physiques du cerveau qui correspondent à une « pensée » et que nous ne connaissons qu'au moment où elles se traduisent ultérieurement par un mouvement.

(79). *Inhibition cérébrale.* — L'inhibition cérébrale et ses suites nous conduisent à supposer qu'il se forme entre les cellules nerveuses des groupements qui les préparent à des actions ou à des séries d'actions combinées, lesquelles se traduisent par des séries

définies de mouvements visibles. Des séries définies de mouvements, non observées antérieurement, paraissent succéder aux impressions capables de produire une période d'inhibition du mouvement; des combinaisons et des séries de mouvements sont dues à des courants efférents émanant des centres. L'hypothèse, c'est que « durant « la période d'inhibition, il se forme entre les cellules nerveuses « des groupements fonctionnels »; la preuve, c'est qu'il en résulte de nouvelles combinaisons et de nouvelles séries de mouvements.

(80). *Action diatactique et pensée.* — On peut déduire de cette hypothèse qu'une « pensée » ou un acte psychique, qui ne nous est connu que par une combinaison ou une série de mouvements, est physiquement représenté, ou, si l'on veut, correspond physiquement à la formation d'un groupement de cellules (action diatactique). Si le groupe ainsi formé décharge des courants efférents vers les muscles, l'acte psychique se traduit par un mouvement. Le passage des courants qui émanent d'un tel groupe peut ne se produire que tardivement après sa formation. Le groupement peut aussi donner lieu à des courants qui ne vont pas directement aux muscles, mais bien à d'autres cellules parmi lesquelles ils déterminent de nouveaux groupements, et ainsi de suite, de série en série, jusqu'à ce que, du dernier groupe, partent des courants qui aboutissent aux muscles et provoquent des mouvements visibles.

(81). *Théorie de la psychose.* — Dans l'expression de la psychose ou acte psychique par les mouvements qui lui sont consécutifs, nous distinguons une série d'actes dont les rapports sont complexes; ces actions peuvent s'accomplir avec une très faible quantité de travail mécanique, mais elles peuvent avoir des antécédents et des suites d'un grand intérêt. — Les mouvements qui indiquent l'intelligence ne paraissent se distinguer par aucun caractère intrinsèque particulier, mais bien par certains rapports de temps et de quantité d'action à l'égard des antécédents, des circonstances ambiantes, et de leurs conséquences.

(82). *Intelligence.* — L'intelligence n'est pas une propriété du cerveau *per se* : elle est un fait physique, accessible à l'observation, mais non susceptible de corrélation avec les modalités de la force. D'après la manière de voir qui vient d'être exposée, les conditions physiologiques du cerveau qui lui permettent de révéler les signes de l'intelligence sont les suivantes : 1° Une activité qui s'exerce dans de nombreux petits territoires, sans qu'il soit nécessaire que ceux-ci aient été directement stimulés par des forces actuelles ou immédiatement antérieures; 2° La conservativité et le pouvoir de retarder l'expression sous l'influence d'une stimulation ultérieure; 3° L'aptitude à la formation, sous l'influence d'excitations légères, de groupements capables d'envoyer avec précision, sous l'influence d'un stimulus, des courants efférents à certains centres ou à certains muscles.

(83). *Remarque sur la quantité d'usure cérébrale dans l'action mentale.* — Le déploiement de l'intelligence ne dépend pas de la somme d'usure du cerveau, mais de la susceptibilité de cet organe à l'égard des influences ambiantes et des impressions passées.

(84). *Conclusion :* — L'auteur espère avoir fourni de nouveaux signes à l'observation physique : les postures et les mouvements du corps sont des signes produits par l'action des centres nerveux et l'auteur a tenté depuis plusieurs années d'en rendre la reproduction plus exacte à l'aide de la méthode graphique. Il a essayé aussi, mais le succès n'a répondu qu'incomplètement à ses efforts, d'énumérer ces mouvements ainsi que leurs combinaisons particulières.

Dans l'étude de la microkinèse, on voit les manifestations les plus précoces de la faculté d'expression de l'action mentale. La sensibilité graduellement croissante des centres nerveux à l'égard de l'action immédiate ou retardée, sous l'influence des forces ambiantes, paraît déterminer la production des signes de l'intelligence active.

Enfin certaines propriétés et certains modes d'action des centres nerveux paraissent être démontrés par l'observation et l'analyse des mouvements. R. M. C.

XXIII. TUMEUR DE LA GLANDE PITUITAIRE; par James-B. WHITWELL. (*The Journal of mental Science,* juillet 1889.)

Ces tumeurs sont rares et les symptômes par lesquels elles se traduisent sont ordinairement vagues et peu caractéristiques; aussi l'auteur a-t-il jugé intéressant de publier *in extenso* l'observation que nous résumons ici :

Femme de trente ans, mariée, entrée à l'asile en 1888, avec de la dépression, de l'anxiété, de l'incohérence, des hallucinations de la vue et de l'ouïe : elle souffrait depuis longtemps de maux de tête. Sa mère a été dix ans dans un asile. Pas de syphilis. A son entrée, elle est calme, se tient volontiers à l'écart, manque de spontanéité. Elle a de la peine à rassembler ses idées pour répondre aux questions, à moins qu'elles ne soient très simples et très précises. Elle ne paraît pas savoir où elle est. Cinq semaines après son entrée, céphalalgie et vomissements de nature manifestement cérébrale, rebelles à tout traitement; quatre jours plus tard, attaque convulsive de quelques minutes, avec prédominance des convulsions à droite; léger strabisme; le tout suivi d'un état semi-comateux : bouche légèrement déviée à gauche; rigidité du bras droit; extension tonique de la jambe gauche; exagération du réflexe rotulien à gauche. Dans l'après-midi, la malade redevient consciente, et tire la langue, qui n'est pas déviée, quand on le lui ordonne : elle

comprend ce qu'on lui dit, mais ne répond que par monosyllabes. Tout rentre à peu près dans l'ordre. Le lendemain, convulsions généralisées. La sensibilité est intacte sur le visage et sur tout le corps. Grincement de dents. A la suite d'une nouvelle attaque convulsive, la malade meurt dans le coma.

A l'autopsie, on a tout d'abord quelque peine à découvrir une lésion; enfin on constate l'existence d'une tumeur de la glande pituitaire s'étendant de chaque côté dans le sinus caverneux, surtout à gauche où elle intéressait la carotide interne dont les parois étaient amincies par la tumeur et le calibre un peu dilaté. Du même côté le nerf de la sixième paire était atteint par la tumeur avec laquelle il était intimement associé. A droite, il y avait simplement contact avec le nerf et l'artère, et non continuité organique comme à gauche. Dans son grand diamètre, la tumeur mesurait 29 millimètres, et 13 dans son petit diamètre : elle était de consistance semi-gélatineuse et ne contenait aucune trace d'hémorrhagie. Histologiquement, ellé offrait les caractères d'un myxosarcome à développement peu rapide.

Il eut été très difficile dans ce cas, alors même que la malade aurait été soumise à une plus longue observation (elle n'a pu être observée que durant cinq semaines). Il est à remarquer que l'acromégalie, constatée dans deux des cas publiés de ce que l'on a appelé l'hypertrophie de la glande pituitaire, faisait ici absolument défaut.

R. M. C.

XXIV. DES ALTÉRATIONS DE LA PIE-MÈRE CÉRÉBRALE CHEZ LES ALIÉNÉS; par Francesco del GRECO. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. III.)

A l'autopsie des paralytiques généraux, on rencontre de la périartérite des plus petits vaisseaux de la pie-mère et de la substance cérébrale, et une infiltration nucléaire diffuse de la pie-mère, spécialement du côté qui est en rapport avec les circonvolutions : en général, les signes de leptoméningite fibreuse chronique. — Parfois, dans les petits vaisseaux de ces mêmes régions, outre de la péri-artérite, on trouve de l'endartérite oblitérante, et dans les vaisseaux de moyenne grandeur, un épaississement ou une dégénérescence graisseuse de la tunique musculaire. — La régularité avec laquelle on rencontre, chez les paralytiques généraux, la péri-artérite des petits vaisseaux, même chez les individus morts au début de la maladie, alors que la substance cérébrale ne présente pas de signe de sclérose et d'atrophie, porte à faire accepter l'idée de Meyer, Rumpf, Mendel, que les lésions des vaisseaux, à la suite d'hyperhémies persistantes, représentent le fait initial de la série des lésions histologiques du cerveau, dans la paralysie générale, et que les altérations de la névroglie et des cellules nerveuses ne sont que consécutives.

Chez les aliénés pellagreux, on trouve à l'autopsie, des opacités diffuses de la pie-mère, une hypertrophie de son tissu conjonctif, souvent avec une légère infiltration nucléaire, diffuse ou localisée autour des petits vaisseaux de la pie-mère ou de la substance cérébrale. — Dans certains cas de typhus pellagreux, et spécialement dans ceux de délire aigu, on trouve, dans la pie-mère, des traces d'hyperhémie récente.

Dans les autres formes d'aliénation mentale (folie périodique, épileptique, démence consécutive, etc.), la pie-mère peut être légèrement épaissie, les parois des vaisseaux, rigides et tortueuses : altérations semblables à celles que l'on trouve à l'autopsie d'individus sains d'esprit, mais morts très âgés ou dans le marasme. Dans des cas plus rares, l'épaississement s'accentue et la substance cérébrale est atrophiée, indurée, les ventricules latéraux dilatés et remplis de sérosité.

Dans toutes les formes d'aliénation, l'épaississement de la pie-mère débute ordinairement par la face, qui est en rapport avec les circonvolutions cérébrales. J. SÉGLAS.

XXV. LES SUBSTANCES ALBUMINOÏDES PHOSPHORÉES DU CERVEAU ; par MM. DANILEVSKI et OUMIKOFF. (*Recueil de Physiologie*, t. II, 1891.)

La chimie biologique contemporaine a établi solidement le rôle très important des substances albuminoïdes dans l'activité vitale des éléments cellulaires. On doit conclure de ce fait que les divers processus chimiques qui ont lieu dans les cellules existent, grâce à la présence des substances albuminoïdes. Il est donc très naturel, dans l'étude des rapports entre la composition chimique d'un tissu et ses fonctions vitales, de porter l'attention principalement sur la nature de ses formes albuminoïdes. Cette idée générale doit sans doute trouver son application intégrale dans l'étude du tissu cérébral. MM. Danilevski et Oumikoff étudient surtout la substance grise du cerveau. Cette substance présente une composition plus compliquée que beaucoup d'autres tissus. Outre les substances albuminoïdes elle contient une grande quantité de cholestérine, de cérébrine et de leucithine. La cholestérine et surtout la lecithine se rencontrent aussi dans les autres tissus; quant à la cérébrine, elle constitue une propriété exclusive du tissu cérébral. Ces trois substances présentent une propriété caractéristique du protoplasme nerveux, et quoiqu'elles n'aient rien de commun avec les albuminoïdes, elles jouent très probablement un certain rôle dans les phénomènes de l'activité vitale. Cependant, il ne faudrait pas conclure de là que ces substances non albuminoïdes de la masse cérébrale présentent seules la base matérielle du protoplasme nerveux en état de fonction. Sans doute, la présence d'une grande quantité de cholestérine, de cérébrine et de leucithine dans ce pro-

toplasma exerce une certaine influence sur l'apparition, la marche et la terminaison des processus chimiques dans les éléments nerveux. Mais dans tous ces cas, ce sont des substances albuminoïdes qui constituent la base matérielle nécessaire pour le développement de tous les processus physico-chimiques. Il importe donc de porter les recherches non seulement sur les combinaisons chimiques non albuminoïdes de la substance grise, mais aussi et surtout sur les combinaisons albuminoïdes. Tous les éléments constitutifs de la substance cérébrale peuvent être divisés en plusieurs groupes naturels, notamment en : substances azotées albuminoïdes, substances azotées non albuminoïdes et substances inorganiques y compris H^2o. La présence dans la substance cérébrale des combinaisons organiques contenant du phosphore, donne lieu à la formation d'un groupe spécial des substances phosphorées, constituant des éléments constants dans cet organe. En se fondant sur les faits entièrement établis, on considérait toutes les substances phosphorées du cerveau comme appartenant à des combinaisons non albuminoïdes, les unes azotées, les autres non azotées. Parmi les substances albuminoïdes du tissu cérébral deux jusqu'à présent ont été établies : la nucléine et la neurokératine. — Le protoplasma du corps de la cellule en général, contient au moins trois formes albuminoïdes : l'albumine, la globuline et la stromine. Les recherches très-détaillées sur la substance grise y ont démontré d'une façon indiscutable la présence de toutes les formes albuminoïdes : globuline, stromine et nucléïne comme base matérielle du protoplasma nerveux. En même temps, on a remarqué que les substances albuminoïdes se trouvent non-seulement dans les cellules nerveuses, mais aussi dans la névrogie, d'où les auteurs tirent l'hypothèse que la névrogie est par essence une substance purement nerveuse, un élément nerveux d'un ordre tout particulier pour lequel il est encore impossible d'indiquer le genre d'activité qui lui soit propre. La globuline de la substance grise, qu'il s'agisse des cellules nerveuses ou de la névrogie, tout en présentant les mêmes propriétés physico-chimiques que la globuline des autres tissus, en diffère cependant par la présence du phosphore dans sa constitution. La globuline phosphorée est une propriété exclusive de la substance grise du cerveau des vertébrés à sang froid ou à sang chaud et de l'homme. Les auteurs dénomment cette globuline du terme de *neuroglobuline*. Ils pensent que les neuroglobulines des différentes espèces animales se distinguent par la richesse en phosphore, et à chaque espèce animale correspond très probablement une neuroglobuline avec une quantité déterminée de phosphore, La stromine cérébrale contient aussi du phosphore, et les auteurs l'appellent du nom de *neurostromine*. Enfin, les auteurs ont pu obtenir la *neurokératine* qui, elle, est totalement dépourvue de phosphore. J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 février 1892. — PRÉSIDENCE de M. ROUSSEL.

Les aliénés à séquestrations nombreuses. — M. CHARPENTIER. Les asiles sont souvent encombrés par une catégorie de pensionnaires qui mettent le désordre dans les services, je veux parler de ces alcooliques à séquestrations multiples et plus ou moins simulateurs : ces sujets ne commencent à apparaître à Bicêtre qu'en 1838 ; avant 1825 les sujets à deux ou trois séquestrations sont très rares. Leur nombre augmente d'autant que les ivrognes séquestrés augmente ; ils commettent tous les mêmes délits et souvent, leurs délits vont graduellement en augmentant de gravité. Leurs certificats de première séquestration mentionnent rarement le délit ; presque tous prétendent avoir oublié le délit commis ; ils simulent l'épilepsie, la stupeur, la mélancolie, l'excitation maniaque, les idées vagues de persécution ou de grandeur. A l'asile, on ne peut constater leurs attaques, les délires sont simulés pour échapper à la culpabilité qui leur serait imputée ; en prison, ils simulent la folie ; à l'asile l'honnêteté. Ils arrivent en évoluant à une période de cynisme dans laquelle ils avouent leur simulation intérieure, la modifient et s'en font gloire. A l'asile, ils se recherchent et complotent, nuisent aux malades, se plaignent de tout et entassent les calomnies les unes sur les autres ; ce sont les sujets dont les évasions sont les plus nombreuses et les plus fréquentes ; ils ne deviennent pas déments et meurent rarement dans les asiles ; ils finissent toujours par être mis en liberté. Depuis 1840 jusqu'à nos jours, ils ont été désignés comme atteints de manie chronique, folie intermittente, périodique, dipsomanie, épilepsie larvée, délire vertigineux, délire d'accès, folie raisonnante, folie morale, folie héréditaire, folie des dégénérés. Ils partagent leur existence en trois états : liberté, prison, asile. Ils sont tous ivrognes et, chose bizarre, ceux qui seraient épileptiques continuent à être alcooliques et cessent d'être épileptiques, ce qui prouve bien la simulation. Ce sont des ivrognes sans domicile connu, à faux nom et sans profession réelle.

Ces sujets doivent être considérés comme des vicieux et non

comme des aliénés. S'il n'est pas possible de faire mieux que de les séquestrer dans un asile, il faut les assimiler aux aliénés dangereux, et les garder toujours. Mais alors, il importe que le texte de la nouvelle loi définisse les aliénés dangereux et les maladies mentales ou à défaut de définition continue une énumération équivalente. Si le vice finit par être considéré comme une maladie, il est à craindre de voir les sept péchés capitaux transformés en autant de maladies mentales.

En un mot, pour M. Charpentier, les séquestrations nombreuses d'un même individu par placement d'office dans un asile d'aliénés doivent éveiller les soupçons de simulation; elles constituent plutôt le signe du vice que l'indice de folie.

M. Christian. Si l'on voulait résumer la communication de M. Charpentier, en exagérant sa pensée, on pourrait dire : Tout aliéné, qui présente un grand nombre d'accès de courte durée, cesse d'être un aliéné; c'est un simulateur. Je ne veux pas nier la simulation de la folie, mais il faut reconnaître qu'elle est beaucoup moins fréquente que ne semble le croire M. Charpentier. Il ne nous donne pas d'ailleurs la preuve que les sujets dont il nous entretient appartiennent à cette catégorie d'individus.

M. Charpentier leur reproche d'arriver dans un service avec des certificats calqués les uns sur les autres, et de ne présenter à l'asile aucun des symptômes annoncés. Comment pourrait-il en être autrement s'ils sont arrêtés dans des conditions identiques? Nous savons d'autre part que tel épileptique, dont les attaques sont fréquentes quand il boit, n'en aura que peu ou pas s'il cesse ses excès de boissons. Ce même malade sera considéré soit comme alcoolique, soit comme épileptique suivant, que tels ou tels symptômes prédomineront.

M. Charpentier reconnaît qu'il s'était fait les mêmes objections au commencement de ses recherches; mais il a passé outre, parce qu'en consultant les dossiers volumineux et caractéristiques des fréquentes entrées, il n'a trouvé l'épilepsie signalée que dans les premiers certificats, et encore ceux-ci ne donnaient-ils l'énumération d'aucun symptôme.

M. Garnier. M. Charpentier semble reprocher à certains de ses collègues de considérer comme aliénés des gens dont l'état mental ne justifierait pas la séquestration. J'admets très volontiers que le médecin soit accidentellement la dupe d'un simulateur; mais que ce même simulateur le trompe dix ou quinze fois de suite, cela me paraît difficile à accepter! L'erreur de M. Charpentier provient de ce qu'il ne voit pas les malades à la même période que nous les voyons à l'infirmerie du Dépôt ou à l'admission de Sainte-Anne. Un de nos confrères, que je ne nommerai pas, me demandait un jour, pourquoi dans certains certificats relatifs à des alcooliques, je

signalais l'existence de sueurs profuses qu'il n'avait jamais observées. Je lui fis la même réponse que je fais aujourd'hui à M. Charpentier. Les alcooliques n'ont de ces sueurs qu'au Dépôt et à Sainte-Anne. Les jours suivants elles disparaissent. De ce que certains épileptiques n'ont pas d'attaques à Bicêtre, il ne faut pas conclure qu'ils n'en ont jamais eu. Beaucoup d'entre eux n'ont d'accès que s'ils boivent. Enfin, je ne vois pas trop pourquoi ces individus-là cesseraient à Bicêtre de simuler l'épilepsie, puisque, grâce à elle, ils ont pu s'y faire placer et qu'on les renvoie dès qu'ils n'ont plus d'attaques.

M. Voisin confirme l'opinion émise par M. Garnier en ce qui concerne les sueurs de délirants alcooliques.

M. Joffroy. A l'appui de ce qui vient d'être dit que tout excès peut rappeler l'épilepsie latente. Je rapporterai une observation personnelle. Il s'agit d'un fils et frère d'épileptique atteint lui-même de la même affection et qui était resté pendant sept ans à la campagne sans avoir aucune attaque. Un jour, à l'occasion d'une élection, il but un peu, et fut repris tout à coup d'une série de crises convulsives d'une très grande intensité.

M. Charpentier se défend d'avoir voulu adresser la moindre critique à ses collègues de l'infirmerie du Dépôt ou de l'Admission de Sainte-Anne. Il reconnaît aussi que certains épileptiques n'ont d'attaques qu'après avoir bu; mais à côté de ceux-ci, on doit reconnaître qu'il en existe d'autres dont l'alcoolisme vient à point pour les rendre irresponsables d'un délit. Si leur place n'est pas à la prison, ils sont encore plus mal placés dans les asiles. La législation devrait prévoir la création d'établissements spéciaux pour cette catégorie peu intéressante d'individus.

M. Garnier se rallie à cette proposition.

M. Falret. La rigueur scientifique manque à la communication de M. Charpentier qui s'est borné à compulser des dossiers. Pour amener la conviction, il aurait fallu que le même observateur ait pu suivre les malades depuis leur première jusqu'à leur dernière entrée et en prendre l'observation détaillée,

La superstition du renard au Japon. — M. Barre fait l'exposé humoristique d'une histoire de possession très répandue, au Japon, et qui consiste à se croire possédé par un renard. Cet animal, d'après la croyance populaire, s'insinuerait par les ongles dans le corps de toutes sortes de gens; mais plus habituellement des jeunes filles. Ce sont surtout les convalescents de fièvre typhoïde qui croient ainsi servir d'habitacle au rusé compagnon. La maladie n'est pas mortelle et les patients arrivent assez facilement à se débarrasser de leur parasite. L'idée de possession est tellement enracinée chez les Japonaises qu'elle confine à la folie. M. B.

Séance du 28 mars 1892. — PRÉSIDENCE DE M. TH. ROUSSEL.

De la sortie des aliénés persécutés. — M. SOLLIER : A l'occasion des prétendues séquestrations arbitraires qui reviennent périodiquement dans la presse politique, je demande à la société de discuter la question de la sortie des aliénés persécutés. Si le délirant persécuté peut guérir, à quels signes certains peut-on reconnaître sa guérison ? S'il n'est qu'une rémission, dans quelles conditions sa sortie peut-elle être accordée ? Ce sont les deux points qu'il serait intéressant de discuter.

M. GARNIER ne croit pas que ces questions qui paraissent si simples puissent être résolues par une formule générale. Les conditions de la sortie d'un persécuté sont particulières à chaque cas. Elles dépendent autant du malade que du milieu dans lequel il se trouvera en quittant l'Asile.

M. SOLLIER ne voudrait pas qu'on lui dictât une formule générale applicable à tous les cas ; il reconnaît qu'elle est impossible à trouver ; mais il demande qu'on détermine les signes qui permettent d'affirmer que tel malade peut être rendu à la liberté, alors que tel autre doit être maintenu.

M. GARNIER répond que l'examen direct du malade peut seul donner la certitude de sa guérison. Il reconnaît que le cas est souvent très embarrassant. Le Rudelier, ajoute-t-il, m'a affirmé qu'il n'avait jamais renoncé à sa prétendue dette de cinquante mille francs et cependant, il a bien dû paraître très amélioré, puisque sa sortie a été signée par M. Ritti.

M. RITTI se défend d'avoir pris seul la responsabilité de cette sortie. Quand il a examiné Le Rudelier à Bicêtre, le malade lui a déclaré avoir renoncé à l'indemnité qu'il réclamait autrefois. C'est sur l'affirmation réitérée de sa guérison par le médecin traitant, M. Deny, qu'il a proposé la sortie.

M. CHRISTIAN estime aussi qu'il est impossible d'établir une règle fixe applicable à tous les persécutés.

M. VALLON. Le cas est surtout difficile quand il s'agit de malades à délire partiel et limité. Ils apprennent bien vite à dissimuler ce qu'il ne faut pas avouer pour obtenir leur mise en liberté.

M. BRIAND. S'il est impossible de déterminer à l'avance tous les cas dans lesquels la sortie devra être accordée, on peut, au moins, donner en partie satisfaction à M. Sollier en établissant quels sont ceux en face desquels le médecin devra se montrer très réservé. On pourrait m'objecter que je ne réponds pas à la question si je disais qu'on ne doit pas rendre à la liberté un malade dangereux, aussi

me hâterai-je d'ajouter que les aliénés sont dangereux tant qu'ils désignent leurs persécuteurs. A côté de ceux-ci, je place les réticents, qu'avec un peu d'habileté, l'aliéniste finit toujours par démasquer. Ces deux catégories d'aliénés ne doivent, à mon avis, quitter l'Asile qu'après guérison confirmée. Pour les autres persécutés dont le délire est diffus, il ne saurait y avoir de règle fixe.

M. Rouillard serait désireux de voir nommer une commission qui établirait un questionnaire auquel le médecin devrait répondre par oui et par non avant que la sortie des aliénés ne soit accordée par l'autorité publique. Ce questionnaire serait reproduit dans la nouvelle loi en préparation.

M. Christian ne pense pas qu'un semblable questionnaire puisse trouver place dans un texte de loi.

M. Joffroy. M. Briand estime qu'un persécuté dangereux ne peut pas être remis en liberté. Je suis de son avis; mais je vais plus loin et j'ajoute qu'avant de signer une sortie, le médecin doit avoir la certitude que le persécuté actuellement inoffensif ne deviendra jamais dangereux. Or quelqu'un de nous peut-il affirmer que tel persécuté restera toujours calme ? — Conclusion : un persécuté ne devrait jamais quitter l'Asile. Sinon, dans le cas où il commettrait un crime, le médecin pourra être rendu pécuniairement responsable de la mise en liberté.

M. Garnier distingue le danger immédiat du danger futur. La loi de 1838 est ainsi faite que tout malade guéri doit être rendu à la liberté sans que le médecin ait à se préoccuper de l'avenir.

M. Joffroy. Combien avez-vous vu guérir de persécutés ?

M. Garnier. Cette question ramène à la discussion des guérisons et des rémissions. Si la rémission dure dix ans, on dit : c'était une guérison. Ce qu'il y aurait à faire, ce serait d'insérer dans la nouvelle loi qu'aucun aliéné criminel ne pourrait sortir sans l'avis, non plus d'un seul médecin, mais d'une commission médicale partageant la responsabilité.

M. Christian. Cette innovation ne résoudrait pas la question. Que la mise en liberté soit sollicitée par un ou plusieurs médecins cela revient au même !

Plusieurs membres. La loi devrait dire simplement : Tout individu ayant commis un crime pour lequel il aura été reconnu irresponsable, sera maintenu dans un asile d'aliénés.

M. Voisin cite des cas de guérison survenue chez des aliénés persécutés très dangereux.

M. Joffroy. Si la place d'un persécuté guéri ou paraissant tel n'est plus à l'Asile, il faut reconnaître qu'elle ne l'est pas davantage au milieu de la société, à cause de la possibilité de rechutes.

On devrait enfermer ces sortes d'individus dans des colonies où tout en étant surveillés, ils jouiront d'une liberté relative.

M. Th. Roussel. La conclusion qui découle naturellement de cette discussion est que la législation actuelle est insuffisante à protéger la société contre les aliénés. Dans le projet voté par le Sénat, nous nous étions inspirés de la loi anglaise en ce qui concerne les aliénés criminels qui sont à la disposition du *bon plaisir de la Reine*. Cette formule veut dire qu'ils restent enfermés jusqu'à ce que le lord chancelier en décide autrement; comme la décision n'est prise qu'à bon escient, les intérêts de la société sont sauvegardés.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN

XLVII^e^ SESSION A BONN.

Séance du 13 juin 1891 [1]. — Présidence de M. Pelman.

M. Jolly remercie par télégramme la Société de l'adresse de félicitations qu'elle lui a envoyée à l'occasion de sa nomination comme professeur à Berlin. Il l'invite à participer au Congrès des psychiâtres allemands du mois de septembre (session de Weimar).

Sur la proposition de M. Oebeke, la Société décide d'activer la publication de ses procès-verbaux.

M. Schmitz. *Contribution à la législation anglaise sur les aliénés.* — Il s'agit de l'ancienne loi entrée en vigueur à partir du 1^er^ mai 1890, sous le titre de *An actto consolidate certain of the Enactments respecting Lunatics*. L'orateur montre pièces en main que le but poursuivi est d'empêcher les admissions dans les asiles privés qui n'ont que deux ou trois pensionnaires. D'après lui, ainsi que l'a montré la *medico-psychological Association* dans son mémoire intitulé : *Observations and suggestions on the Lunacy acts. Amendement Bill*, de tels dispositifs sont plus propres à nuire aux aliénés qu'à leur être utiles.

Discussion : M. Pelman. En effet, partout actuellement, sous prétexte d'empêcher des séquestrations arbitraires, on multiplie les difficultés dans les admissions. C'est une lutte continuelle entre jurisconsultes et psychiâtres.

M. Erlenmeyer. *Sur une affection cérébrale produite par la syphilis*

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, XLVI^e^ session de 1890, t. XXII, p. 416.

congénitale. — Chez cinq petits malades, trois garçons de douze quinze et seize ans et deux fillettes de quinze et seize années, l'auteur a constitué l'état clinique suivant. Epilepsie Jacksonnienne unilatérale avec atrophie marquée des extrémités atteintes comparées aux extrémités du côté indemne. Intégrité complète de la motilité; ni parésie, ni phénomène spasmodique, ni modification de l'excitabilité électrique ou de la réaction musculaire; on constate simplement qu'à raison de leur diminution de volume et de longueur les membres malades sont moins vigoureux. Par contraste il existe un affaiblissement de la sensibilité, et, en particulier, du sens musculaire; les malades localisent mal les sensations, apprécient moins distinctement la position des extrémités, et jugent difficilement des poids. Joignons à cet ensemble de l'hémiatrophie de la langue et des muscles de la face correspondants aux extrémités affectées, ainsi que de la blépharoptose homonyme (deux observations) et nous aurons esquissé le complexus morbide. L'étude des anamnestiques décèle l'évolution que voici : les petits sujets auraient été atteints dans la première ou dans les premières années de la vie d'une maladie fébrile à la suite de laquelle se seraient installées les attaques épileptoïdes; le médecin qui les soignait prononça en un cas le diagnostic d'encéphalite, que semble établir en effet l'existence à cette époque de grincements de dents, strabisme, raideur de la nuque et la prescription de vessie de glace emplâtre crânien à la cantharide.

Il y aurait donc lieu de penser qu'il s'est produit de la méningo-encéphalite au niveau des centres corticaux, que ceux-ci ont subi un arrêt de développement et que, par suite, par le mécanisme que l'on connaît, se sont manifestées, convulsions unilatérales croisées et localisées et trouble dans le développement des membres du côté opposé. Seulement, on conçoit difficilement que, le corps du délit subsistant qui détermine l'épilepsie Jacksonnienne, l'atrophie continue à évoluer de concert avec les phénomènes d'excitation, car, atrophie centrale signifie, paralysie périphérique. Et d'autre part, un syphilome, un tubercule solitaire, une esquille osseuse engendrent des convulsions sur un membre normalement développé. De là à penser qu'il s'agissait d'un exsudat méningitique qui, après avoir atrophié les régions corticales, subsistait et continuait à irriter ceux des éléments qui avaient échappé à l'atrophie, il n'y avait qu'un pas. Nous l'avons franchi. Et aussitôt, nous avons conçu l'espoir de provoquer la résorption de la plaque exsudative par l'iodure de potassium, et les bains de salines. Ce traitement a déjà réussi. Du reste peut-être sera-t-il indiqué d'intervenir chirurgicalement.

Quelle était maintenant la nature de l'encéphalite qui nous occupe ? Dans trois de nos observations, le père avait eu la syphilis avant son mariage. Deux de nos petits malades étaient des pre-

miers nés, mais leur mère, avant cette grossesse normale, avait fait une fausse couche. Enfin, tous trois avaient, sans aucun doute, présenté dès la naissance ou dans les premières années de la vie, des signes certains de syphilis congénitale. Par conséquent, il n'est pas téméraire de croire, dans l'espèce, à une méningite ou à une périencéphalite syphilitique.

Cette modalité morbide ressemble évidemment à la paralysie infantile cérébrale, moins la paralysie et la contracture. Il se pourrait du reste qu'elle n'en fût qu'une atténuation ; c'est affaire d'extension des lésions et de localisation des foyers pathologiques. Pourquoi n'y aurait-il pas une paralysie infantile syphilitique ? Il ne faut pas oublier qu'une syphilis congénitale peut demeurer latente et ne se manifester qu'à l'occasion d'une maladie fébrile telle que scarlatine ou toute autre maladie infectieuse, et que, par suite, c'est la syphilis, et non la scarlatine, qui devient responsable de la méningite.

Discussion : M. THOMSEN appelle l'attention sur les lésions du centre ovale (porencéphalie) dans la paralysie infantile d'origine cérébrale. En des cas tout à fait semblables à ceux d'Erlenmeyer, il a observé de la parésie, du moins à la suite des accès d'épilepsie Jacksonnienne. Chez un de ces malades, les accès convulsifs légers étaient suivis d'hémiparésie; les accès convulsifs graves, de parésie bilatérale avec suppression de la connaissance; il n'y avait pas, en ce cas, de lésions anatomiques.

M. ERLENMEYER. Vous n'avez pas observé non plus à la suite des accès, des troubles de la motilité dans les extrémités atteintes.

M. ŒBEKE se rappelle avoir observé un malade atteint d'épilepsie Jacksonnienne avec parésie des extrémités du côté droit et aphasie; intégrité du facial. On fit le diagnostic de syphilis héréditaire par les indications du père, car il n'y avait aucun élément d'infection, aucun symptôme de syphilis; en tout cas, l'iodure de potassium et le mercure n'agirent pas favorablement. Ici aussi, il y avait atrophie du côté atteint. A l'*autopsie*, on trouva les méninges adhérentes à l'écorce sur une étendue du diamètre d'une pièce de un franc, à la base de la pariétale ascendante et du lobule pariétal supérieur du côté gauche; l'écorce était amincie. Au-dessous de cette plaque, la substance blanche présentait une cavité de la grosseur d'une prune, communiquant par une ouverture ronde avec la corne postérieure du ventricule latéral gauche dilaté.

M. TIGGES. *Contribution à la théorie des hallucinations.*

1° *Hallucinations dans le domaine des sens.* — Ce qui domine, dans leur genèse, c'est l'hypérexcitabilité des centres sensoriels. Meynert localise ces hallucinations dans les centres sous-corticaux. Mais Munk, par la physiologie, et les médecins, par la clinique montrent que, lorsque les centres sous-corticaux sont séparés de

l'écorce du cerveau, c'est en vain qu'on sollicite les sens, on n'obtient plus de perception, les mouvements ne sont plus modifiés par la volonté. Et cependant, il se peut encore produire des hallucinations sensorielles, des illusions conceptuelles (d'origine mnémonique); il faut donc bien localiser les hallucinations dans l'écorce.

Les grosses lésions anatomiques de l'écorce ne favorisent généralement pas le développement des hallucinations. Elles paraissent plutôt troubler l'organisme de la perception qu'influencer ces processus moléculaires auxquels se rattachent les perceptions sensorielles normales et les hallucinations. Toutefois, dans les cas de foyers corticaux, il existe des hallucinations.

De même que la perception normale, l'hallucination ne peut être comprise que par ses rapports avec l'ensemble des phénomènes de la conscience. D'un côté, nous voyons une excitation locale d'un centre sensoriel, suivant les dispositions du sujet, produire l'hallucination et provoquer de nombreuses associations d'idées, se fondre avec tout un monde d'images commémoratives de telle ou telle espèce de perceptions identiques ou semblables. D'autre part, l'hallucination apparaît comme le résultat de processus cogitatifs intérieurs, qui ne revêtent de couleur sensorielle que par l'hyperexcitabilité du centre sensoriel et, par suite, forment un tableau. Enfin, c'est par l'élément de la conscience morbide et des conceptions provocatrices, que l'hallucination est imposée au moi et, par suite, autonome.

Non seulement, dans l'hallucination, le centre sensoriel est excité, mais les tractus sensoriels périphériques peuvent également être sollicités. Ce qui le prouve, ce sont les signes pathologiques de l'atteinte de l'organe sensoriel correspondant, et cette observation que l'hallucination est précédée et accompagnée de sensations élémentaires. Ne sait-on pas que l'hallucination peut survenir et disparaître quand le patient ferme l'œil, l'oreille, qu'il existe des hallucinations unilatérales, et que, dans les hallucinations de l'ouïe, l'oreille correspondante éprouve des sensations présentant tous les caractères des sensations réelles; de même il existe des hallucinations centrales, à caractère fixe ou à caractère mobile, comme des visions immobiles ou se déplaçant avec le champ visuel.

Quelques faits paraissent confirmer l'ébranlement centrifuge des tractus sensoriels périphériques, y compris l'organe des sens, au moment où se produit l'hallucination purement centrale.

2° *Hallucinations motrices.* — Tout mouvement est normalement provoqué par une sensation qui est l'expression d'un besoin, d'un effort, celui de déterminer un sentiment de plaisir ou d'éloigner un sentiment de peine. Dès que ce sentiment a atteint une suffisante intensité, les cellules sensitives de l'écorce surmenées, transmettent leur fatigue aux cellules motrices qui engendrent le mouvement voulu. Cette volition et le mouvement commandé

sont perçus; c'est là l'innervation motrice, l'impulsion volontaire. Cette impulsion psychique affecte avec les autres fonctions de l'appareil d'association, les mêmes rapports que la perception des nerfs sensibles et sensoriels. Les actes qui procèdent de la coordination adaptée des innervations, correspondent aux perceptions sensorielles complètes. De même que la perception sensorielle laisse après elle des images commémoratives ou conceptions représentatives, de même la perception motrice ou l'acte laisse après lui la conception motrice ou image commémorative de l'acte; aucune de ces espèces d'images n'a par elle-même la puissance de provoquer un mouvement.

Les sensations kinesthésiques sont la conséquence des mouvements qui renseignent la connaissance sur le résultat de l'innervation, exercent une action régulatrice sur elle et, d'accord avec elle, organisent un système de sensibilité motrice. Qu'un centre moteur soit, de par son hyperexcitabilité, sollicité, il s'en suivra, sa fonction étant l'innervation, une impulsion motrice d'origine pathologique; celle-ci en entraîne d'autres, et provoque la mise en jeu de conceptions conscientes et inconscientes, de sorte que, parallèlement à son essence même, il s'effectue tout un monde d'associations d'idées qui lui donnent sa couleur ou la complètent. Telles sont les hallucinations des centres psycho-moteurs, dont le mécanisme est *adœquat* à celui des hallucinations sensorielles.

Des mouvements anormaux peuvent, ainsi qu'on l'observe chez les mélancoliques, émaner d'une anomalie du facteur sensible, des conceptions représentatives et des sensations kinesthésiques.

On peut plus ou moins probablement accuser l'excitation anormale des centres moteurs, dans la manie, la folie systématique aiguë, la folie impulsive, l'automatisme épileptique, la logorrhée irrésistible de la folie systématique chronique, les impulsions, la catatonie.

Cramer prétend que les voix intérieures, les conceptions irrésistibles ou obsessions, la logorrhée impulsive, la résonnance articulée de la pensée, proviennent de modifications pathologiques dans les tractus centripètes de la sensibilité musculaire de l'appareil d'articulation. Voici ce qu'on pourrait objecter à cette façon de voir. Les thèmes sur lesquels portent les sens supérieurs provoquant des conceptions représentatives qui sont souvent suffisamment claires sans qu'elles se formulent sous forme de parole intérieure. Dans le cas qui nous occupe des conceptions verbales, il n'est pas besoin de donner le pas aux excitations pathologiques de la sensibilité centripète des muscles du langage, sur les hallucinations centrifuges du même système; la preuve en est aux voix intérieures et aux obsessions. Le centre verbal sensoriel a autant d'importance que le centre verbal moteur, et chez les petits enfants, et dans l'aphasie corticale motrice. La perception et l'hallu-

cination du mot doit être considérée comme une fonction autonome du centre acoustique du langage.

Quand l'homme a atteint son parfait développement, c'est l'écorce du cerveau qui doit être tenue pour le siège des innervations et des impulsions volontaires.

M. ALZHEIMER. *Sur un cas d'atrophie musculaire spinale progressive compliqué de lésion des noyaux bulbaires et de l'écorce.* — Il s'agit d'un négociant de trente-trois ans, indemne de tares héréditaires, atteint de l'affection spinale en question en 1879. En 1881 il prend un chancre induré. A la fin de l'année 1889, la maladie spinale progresse très rapidement, en février 1890 le voilà vésanique; un désordre extrême des idées et des actes se montre, et, huit jours après le début de cette psychose aiguë, il meurt par épuisement cérébral. A l'*autopsie*, on constate : d'abord des altérations médullaires, de l'atrophie musculaire progressive, puis une lésion des noyaux du bulbe, enfin une atrophie étendue des cellules nerveuses de l'écorce. Dans le bulbe, les noyaux moteurs sont épargnés; la destruction porte sur les groupes cellulaires sous-jacents au plancher du quatrième ventricule, c'est-à-dire sur le noyau postérieur du pneumogastrique, les noyaux externes, internes et antérieurs du nerf auditif, les cellules de l'éminence grêle (*eminentia teres*); en même temps, tout autour, il existe une infiltration de petites cellules et de très graves altérations dans les vaisseaux. Dans l'écorce, partout, notamment dans les ascendantes et le lobe frontal, de très nombreuses cellules ont dégénéré, principalement au niveau de la troisième couche; pas de lésions notables sur les vaisseaux, ni dans la névroglie. Il serait possible que l'on fût en droit d'incriminer la syphilis dans les altérations du bulbe. Les altérations corticales se distinguent cliniquement et anatomiquement de celles de la paralysie générale.

La prochaine séance est fixée au 14 novembre 1891. (*Allg. Zeitsch. fur Psychiat.*, XLVIII, 4.) P. KERAVAL.

XXV[e] CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE LA BASSE SAXE ET DE WESTPHALIE.

SESSION DE HANOVRE.

Séance du 1[er] Mai 1891 [1]. — PRESIDENCE de M. SNELL

M. WAHRENDORFF. *De l'assistance familiale des aliénés* [2]. — Ce

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, XXIV[e] session (notée par erreur typographique XXIX[e]), t. XXI, p. 292.

[2] Sujet à l'ordre du jour en Europe. Consulter à ce propos *Archives de*

mémoire est le résultat d'une pratique de dix années à l'asile d'Ilten. Que ce mode d'assistance soit possible dans des proportions de plus en plus étendues, cela résulte de l'extension qui lui a été donnée en Belgique et en Ecosse. Mais il est bon de faire remarquer qu'entre la colonie de Gheel, que la tradition a développée, et l'assistance familiale telle que nous la pratiquons aujourd'hui, il y a une grande différence. La première constitue un modèle grandiose dont il faut savoir se servir afin de n'en point imiter les faiblesses et les fautes; il faut en séparer ce qu'il y a de bien et d'inutilisable pour en faire un système pratique, D'ailleurs, la Belgique ne s'en est pas tenue à Gheel, elle a installé de toutes pièces une seconde colonie d'aliénés plus étendue, à Lierneux.

L'assistance familiale des aliénés constitue, sous certains rapports, une question sociale, car elle se propose, ou si vous aimez mieux, nous nous proposons d'assister et d'hospitaliser, à l'aide des ressources et de l'administration de l'Etat ou des départements, une partie des malades affectés de psychopathies chroniques, quel qu'en soit le nombre, qui, dépourvus de moyens, ont tout à gagner de la systématisation de la bienfaisance, et qui, devenus calmes ou étant améliorés, ne peuvent trouver, en dehors des asiles, l'aide dont leur seraient redevables les communes ou leurs propres familles. Voici un malade dont les facultés ont baissé, qui a subi des hauts et des bas dans les symptômes morbides que décelait sa vésanie, qui, après avoir été agité, halluciné, délirant, impulsif, émotif, plus ou moins, peut jouir d'une existence relativement libre, mais, pour qu'il échappe à la protection et à la surveillance d'un asile fermé, il lui faut des conditions d'existence favorables, jusqu'à ce qu'il soit en état de gagner sa vie, jusqu'à ce que ses forces mentales, sa vitalité intellectuelle, sans doute rétablis, sortent d'une léthargie à laquelle les condamne pour plusieurs années l'assaut qu'elles ont subi, en attendant qu'elles récupèrent pleinement leur vigueur définitive. Est-ce dans sa propre famille ou dans un hospice ordinaire qu'il trouvera le confort moral qui lui est indispensable? recueilli par des gens incompétents, il sera le plus souvent considéré comme une charge ou comme un ennemi. C'est ce que démontre une expérience indéniable; c'est pourquoi il s'est fondé en plusieurs endroits des *Sociétés de patronage* qui se proposent d'assister les aliénés sortants. Eh bien, l'assistance familiale des aliénés remplit une partie du but.

La question envisagée au regard des finances départementales, provinciales ou gouvernementales, mérite également qu'on s'y arrête,

Neurologie, t. IX, p. 414, t. V, p. 125 et 266, t. XIX, p. 411. — Congrès international d'assistance publique. Paris, 1889, t. II, p. 305 et procès-verbaux, p. 64. — *Année médicale* de Bourneville, 1889-1890-1891. — Conseil général de la Seine, 1891.

surtout, si comme à Ilten, l'assistance familiale se complète d'une colonie d'aliénés capable d'être agrandie. Voici du reste ce que disent les chiffres.

J'ai jusqu'à ce jour, avec l'assentiment des autorités provinciales et régionales, assisté par l'existence libre, 536 aliénés, surtout des hommes atteints de vésanies chroniques. Nos malades comprennent aujourd'hui 326 hommes et 20 femmes.

Asile central.	123 hommes;	20 femmes.
Colonie d'Ilten et terre de Kœthenwald.	83 —	» —
Assistance familiale.	120 —	» —
	326 hommes.	20 femmes.
	Ensemble : 346	

Par conséquent, si l'on fait abstraction du traitement par le travail au grand air (à la colonie), j'ai dans les familles de nourriciers 120 malades, ce qui est une jolie proportion. Si l'on tient compte de ce fait que nous ne plaçons chez nous dans les familles que des hommes et que, dans les quartiers de chroniques de nos trois asiles provinciaux, il y a évidemment, actuellement, beaucoup d'aliénés qui pourraient être assistés par les familles, on arrive à conclure que 12 p. 100 de la population de nos asiles se pourrait plier à ce mode d'assistance.

Depuis 1878, les malades sont à Ilten en progression rapide. C'est grâce à notre hospitalisation, de concert avec celle de l'asile de Liebenbourg, où l'on a envoyé un grand nombre de femmes atteintes de vésanies chroniques qu'on a pu se dispenser de construire dans la province un nouvel établissement d'aliénés. L'assistance familiale d'une part et de l'autre la colonie d'aliénés, ont permis d'empêcher l'encombrement dans nos asiles.

L'assistance familiale a continué à fonctionner comme auparavant; nous avons beaucoup obtenu de nos nourriciers et la population s'est à ce point associée à notre œuvre, que l'on peut affirmer que nos malades trouvent avec le bien-être, les avantages de la sympathie qu'ils inspirent.

Par l'acquisition du domaine de Kœthenwald, nous avons simultanément agrandi la colonie trop à l'étroit, qui désormais pourra se développer sans entraves. De cette façon nous possédons à Ilten deux modes contigus d'assistance en liberté qui non seulement s'accordent parfaitement mais se complètent en quelque sorte l'un l'autre.

Ilten se compose par conséquent de trois organes. L'organe central est l'asile; on y maintient ceux des aliénés, en grand nombre, qui ne sauraient vivre sous le régime de la liberté, du moins tant que leur vésanie implique la séquestration. Après le temps d'obser-

vation convenable, nous envoyons à la colonie d'Ilten ou à Kœthenwald, les malades auxquels il est indiqué d'accorder une liberté et une indépendance plus ou moins grandes. La troisième catégorie d'aliénés, (et nos chiffres montrent que la proportion en est notable) est dévolue à l'assistance familiale; nous leur assurons une existence qui se rapproche tout à fait de celle qu'ils menaient quand ils n'étaient point malades[1].

Puisse-t-on ne pas m'accuser d'optimisme et, encore moins, d'égoïsme, si je me permets de qualifier notre procédé de parfait, c'est certainement le traitement le plus idéal. Sans doute, il comporte des faiblesses, des erreurs, des tâtonnements, des fautes, mais les résultats en sont encourageants, car, en dépit des imperfections inhérentes à nos expériences premières, nous n'avons eu d'autres malheurs à déplorer qu'un suicide. Aussi chacun s'y intéresse. Médecins et fonctionnaires visitent à tout instant notre œuvre, ou nous demandent des renseignements. L'impression qu'en remportent les visiteurs est toujours excellente. Les projets qu'ils forment relativement à l'installation d'une assistance familiale dans leur pays, m'ont amené à fixer mes idées sur les conditions générales à remplir à cet effet en tels ou tels endroits. Nous les résumerons ici.

Une tentative de ce genre ne peut être faite que dans une région habitée par une population aisée et sensée. De prime abord, on écartera un pays pauvre; en effet nos malades sont habitués dans nos établissements à un bien-être dont on ne saurait les priver. Il ne faut pas que la population soit disséminée en des bourgs écartés l'un de l'autre et de peu d'importance, sinon la surveillance médicale et le contrôle des nourriciers sont impossibles ou inefficaces. Il ne faut pas non plus choisir de gros districts; on leur confiera 150 ou 200 malades au plus. La Campine est une déplorable localité pour cette raison, de plus, les colonies d'aliénés de Gheel assistent toute espèce de formes vésaniques, même à leurs périodes primitives : c'est un asile, ou pour être plus exact, vu son étendue, une collection d'asiles agglomérés dans la Campine.

On préférera des territoires agricoles à une ville ou à une petite ville. Il faudra qu'au centre du district, et pas trop loin de chacune des localités (condition *sine qua non*) existe un asile plus ou moins important dans lequel habite le directeur-médecin, qui doit en même temps être le directeur de l'assistance familiale. Il vaut mieux que ce soit un asile de l'Etat parce qu'il est plus facile d'y choisir les aliénés à confier aux nourriciers, et qu'entre cet asile et les établissements provinciaux les rapports facilitent et activent l'assistance familiale. S'il n'en est pas ainsi, on installera dans l'endroit qui constituera le centre cherché une sorte de *workhouse*;

[1] C'est le plan que nous avons tracé nous-même dans notre mémoire au Congrès d'assistance publique de Paris en 1889. Voir ces documents. P. K.

ou l'on utilisera dans ce but des constructions déjà existantes. A Ilten nous n'avons eu qu'à nous louer de l'affectation de constructions anciennes. Il est toujours aisé, selon les besoins, de les agrandir ou de les transformer.

Naturellement, la direction de l'asile central et de l'assistance familiale annexe incombe à un psychiâtre expérimenté. Rien n'empêche, quand les circonstances s'y prêtent, d'utiliser la bonne volonté d'un médecin établi dans la région qui s'intéresse à cette assistance, par exemple du *Kreisphysikus*. La collaboration d'un praticien qui connaît dès longtemps le pays est souvent précieuse, en ce qu'il possède à fond la population et les familles propres à faire des nourriciers. La même réflexion s'applique au pasteur de l'endroit, à la condition qu'il soit intelligent, dévoué à l'humanité et à la cause des aliénés et compétent en ces matières; il exercera une surveillance précieuse et exercera sur le mode d'assistance une influence favorable.

Nous n'avons rien eu à modifier dans les conditions d'agencement de l'assistance familiale, non plus qu'à l'instruction donnée aux nourriciers. La règlementation est demeurée ce qu'elle était jusqu'ici.

Les malades ont de plus en plus gagné à ce mode de traitement. Ils en apprécient le bien-être peu de temps après leur entrée dans les familles et se défendent toujours de retourner à l'asile. Appréciés bien vite du nourricier, ils se réjouissent de leurs nouvelles conditions, se mettent aux soins du ménage de même qu'aux travaux agricoles, s'attachent aux enfants qu'ils gardent, et souvent, plus tôt qu'on ne s'y serait attendu, acquièrent une habileté remarquable à la culture. Sous l'action de la vie de famille, leur aspect extérieur se modifie; ils se refondent pour ainsi dire, reprennent de la spontanéité et de l'énergie : leur attention s'éveille à la vie et ils s'intéressent aux choses qui les entourent. Il va de soi que cette amélioration dépend de la forme, du degré, de la période de leur perturbation mentale. La plupart d'entre eux augmentent de poids. Cela ne veut pas dire que nous enregistrions beaucoup de guérisons parmi les aliénés qu'on nous envoie et qui sont presque sans exception des incurables. Nous n'avons pas la prétention de guérir des lésions cérébrales organiques dont l'évolution est irrévocablement terminée. Mais il est certain que nous avons enregistré quelques guérisons et des améliorations inattendues.

Quoi qu'il en soit, l'assistance familiale des aliénés consiste, tout bien pesé, à débarrasser nos malades de l'existence monotone et lugubre des asiles fermés et à leur créer une vie plus riante, se rapprochant de celle qu'ils menaient quand ils étaient bien portants. En cela nous avons pleinement réussi.

Nous compléterons cet exposé par quelques détails intimes.

Quelles sont les *professions de nos nourriciers ?*

Pasteur	1	Selliers	2
Professeur	1	Cordonnier	1
Teinturier	1	Bouchers	4
Aubergistes	7	Voituriers	4
Boulangers	3	Gardes	2
Tisserands	5	Meuniers	2
Forgeron	1	Terrassier	1
Maçon	1	Tailleurs	4
Menuisiers et charrons	4	Bergers	3
Cordier	1	Cultivateurs et métayers	24
	25		47

Total 72

Dix-sept nouveaux nourriciers se sont actuellement fait connaître. Il existe encore neuf lits vacants chez divers nourriciers.

Répartition des lits occupés par familles et par localités :

Localités	Familles	Nombre de lits	Ensemble
Ilten	5 familles à 1 lit	5	34
	12 — 2 lits	24	
	5 pensionnaires hors classe	5	
Bilm	11 familles à 1 lit	11	35
	12 — à 2 lits	24	
Ahlten	7 — à 1 lit	7	37
	15 — à 2 lits	30	
Hœver	4 — à 1 lit	4	14
	5 — à 2 lits	10	
	76 familles à 1 ou 2 lits	120	120

Mouvement des aliénés confiés aux familles pour l'année 1890. — Trente-neuf ont été confiés aux nourriciers. On leur en a retiré dix-sept dont : un, pour maladie intercurrente grave, deux pour défaut de surveillance (le nourricier était un buveur), quatorze, parce qu'ils ne s'accommodaient point soit du mode d'assistance, soit de la famille. Il y a eu pas mal d'évasions (sept); il va de soi que les évasions soient fréquentes dans ce mode d'assistance mais la réintégration est rapide, généralement elle s'opère le jour même de l'évasion. Cette année même, il ne s'en est en revanche point encore produit.

Etude des formes morbides. — Les aliénés actuellement en traitement dans les familles sont atteints ou ont été affectés de :

Idiotie complète ou imbécillité.	10
Folie systématisée à délire et hallucinations atténués avec démence plus ou moins avancée.	51
Démences diverses.	56
Mélancolie périodique, par neurasthénie. .	1
Folie épileptique	1
Folie paralytique	1
	120

On sera frappé du grand nombre de délirants. Il ne faut pas croire que le délire systématique, même encore vivace, constitue une contre-indication à l'assistance familiale. Dès que la psychose s'est atténuée, que le délire et les hallucinations sont moins impérieux, ces malades, qui conservent encore leurs facultés et leur activité mentale, sont de très bons pensionnaires.

Durée de l'assistance dans les familles de chacun des malades. — Sur ces 120 assistés, il en est un qui est chez le même nourricier depuis 1880; 4 vivent dans la même famille depuis 1881; 3, depuis 1882; 3, depuis 1883; 8, depuis 1884; 11, depuis 1885; 24, depuis 1886; 10, depuis 1887; 8, depuis 1888; 7, depuis 1889; 22, depuis 1890.

Evolution de l'assistance familiale :

MALADES PRÉSENTS DANS LES FAMILLES.

En 1880.	5	En 1886	89
1881.	8	1887	100
1882.	37	1888	105
1883.	46	1889	100
1884.	49	1890	109
1885.	64	Actuellement. .	120

M. Bruns. Présente d'abord l'encéphale d'un malade affecté d'*aphasie sensorielle* (surdité verbale). *L'autopsie* a révélé un *ramollissement total de la première temporale gauche* à l'exception de ses parties antérieures; en arrière, la lésion s'étend au pli courbe (hémianopsie) et aux portions supéro-postérieures de la seconde temporale.

M. Bruns montre aussi les préparations microscopiques d'une moelle affectée de *sclérose en plaques* qu'il a présentée l'an dernier; le photogramme d'un cas de *goître exophthalmique* et d'une observation de *paralysie lente et progressive des nerfs crâniens* de la base (6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e paires), avec névralgie de la 5e paire (syphilis très probable). L'exemple de goître exophthalmique est un

type très net du symptôme de de Grœfe ; quand le malade regarde tout à fait en bas, la paupière supérieure reste encore bien au-dessus du bord de la cornée.

Enfin, M. Bruns rapporte deux cas d'*obsession par des mots*, notamment par des mots obscènes et par des blasphèmes, liée, dans ces deux exemples, à des impulsions.

M. Roller. (*Communications casuistiques*). — Ce sont : 1° *Un cas de mérycisme;* 2° *Deux observations d'inversion des idées sexuelles* qu'il ne faut pas confondre avec l'inversion du sens génital ou des sensations génitales. Il s'agit ici de délire, de conceptions délirantes dans la folie systématique ou le désordre dans les idées hallucinatoire et la démence. Dans l'espèce, il n'y a point de recherche, de satisfaction génitale d'individus de même sexe l'un pour l'autre. Sans doute, dans sa psychopathie sexuelle, de Krafft-Ebing dit que, même dans l'inversion congénitale du sens génital, l'anomalie se borne pendant longtemps à la simple perversion de la sensation sexuelle et que l'occasion seule provoque l'impulsion à la satisfaction immorale d'appétits jusque là purement psychiques, ou que celle-ci ne se montre qu'à la suite d'une névrose complicatrice. Le professeur mentionne aussi des épisodes caractérisés par la disparition de l'inversion des appétits sexuels et le retour de la vie sexuelle normale.

Les présentes observations n'ont rien à voir avec l'inversion du sens génital. Dans l'espèce, il s'agit de débiles, d'héréditaires dégénérés à facultés affaiblies qui délirent. Ils croient appartenir à un autre sexe que le leur; c'est plutôt une erreur de la sensibilité physiologique malade que de la sensibilité psychologique. Ou bien c'est un jeune homme qui se croit en état de grossesse, qui dit avoir ses règles et autres allégations rappelant les délires viscéraux.

3° *Hystérie chez un enfant.* La névrose s'est développée isolément chez un petit garçon de dix ans, dans un milieu très simple, à la campagne, à la suite d'une affection fébrile. Les symptômes furent: l'aphonie, des accès convulsifs, relativement longs, représentés par des cris spasmodiques, avec troubles de la connaissance, tympanite, paralysie des jambes. En dehors des crises, intégrité de l'état mental, l'enfant est rangé, affectueux, modeste. La guérison s'effectue, mais cela ne préjuge aucunement de l'avenir chez un sujet qui, à un âge si tendre, est affecté d'une si grave névrose, et encore moins de sa postérité.

Allg. Zeitsch. f. Psychiat., XLVIII, 4. P. Keraval.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'EST DE L'ALLEMAGNE.

LIV^e SESSION A BRESLAU.

Séance du 2 décembre 1890 [1].

M. KAHLBAUM. *Ce qu'on appelle la paranoïa.* — Ce mémoire qui comporte encore des développements sera publié *in extenso.*

M. KIEFER communique une observation d'*hébéphrénie* (type Kahlbaum-Hecker). Jeune homme jusque là bien portant, ne présentant que de très faibles éléments d'hérédité, est, à l'âge de dix-huit ans, atteint d'une affection mentale caractérisée par : débilité mentale avec puérilité originale dans ses façons de parler et d'écrire, allures extérieures et attitude bizarres et conceptions délirantes rappelant le délire des persécutions et la mégalomanie. Mais il ne s'agit point d'un système organisé ; il accuse son professeur, le médecin de la pension, l'inspecteur des études, de lui en vouloir, ment à plaisir, et monte ses camarades contre le personnel enseignant, il essaie d'obtenir l'appui de ses parents et menace de l'influence puissante des siens, de sa force, de ses talents spéciaux (il parle, dit-il, sept langues, a des connaissances philosophiques et psychiatriques étendues). C'est, en somme, la caricature d'un délire chronique systématique.

M. FREUND. *Présentation de quelques malades atteints de névrose traumatique.* — De cette étude clinique, M. Freund tire que, de même que Charcot, il ne voit pas que la névrose traumatique soit une entité morbide *sui generis*. Dans la majorité des cas, c'est une hystérie traumatique qu'il convient de ranger dans le cadre de l'hystérie mâle. Il propose d'en distinguer trois catégories principales.

1° Les faits dans lesquels il n'existe que des anomalies sensitives ou sensorielles ;

2° Ceux dans lesquels les anomalies sensitives et sensorielles sont combinées à des troubles de la motilité ;

3° Ceux où il n'y a que des troubles fonctionnels de la motilité. (Irritabilité considérable du cœur et de l'appareil respiratoire,

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, session de Leubus, juin 1890, t. XXII, p. 277.

diminution de la force motrice ou tremblements dans les extrémités qui, souvent, ne sont accusés que d'un côté.)

Cette troisième catégorie confine à la neurasthénie simple qui, contrairement à l'hystérie mâle, a pour caractéristique l'absence de tous symptômes objectifs.

La majorité des cas relève de la seconde catégorie, toutefois, sur 18 cas d'hystérie mâle qu'a personnellement observés M. Freund, il en trouve deux de la première catégorie, et deux de la seconde. Dans la monographie d'Oppenheim existent des exemples typiques pour chacun des trois groupes.

M. Freund présente sept observations d'hystérie mâle, se décomposant en deux de la première catégorie, une de la troisième, quatre de la seconde. Il insiste sur la multiplicité des examens de la sensibilité, à l'aide d'appareils précis inconnus du malade, et la nécessité, par la répétition des recherches précises, de dresser la géographie de la sensibilité du patient. Le rétrécissement concentrique du champ visuel exige pour qu'on puisse en affirmer l'existence, l'emploi du périmètre et l'épreuve de plusieurs séances. Chose particulière, quelque réduit que soit le champ visuel de la périphérie au centre, jamais les malades ne perdent la vision périphérique au point de ne pouvoir s'orienter et se mouvoir. L'orateur a également observé le type du déplacement du rétrécissement du champ visuel signalé par Fœrster. Enfin, il signale que l'hémianosmie et l'hémiageusie locales s'accompagnent de l'impossibilité totale de distinguer sur la langue et sous le nez, quelque soit le côté exploré, les mets et les odeurs alimentaires.

La thérapeutique doit être basée sur l'électrisation au pinceau, en employant de forts courants d'induction; mais il faut faire des séances fréquentes et prolongées. Peu à peu, on arrive à rappeler l'intégrité de la sensibilité, à faire disparaître presque toute la parésie, à restituer de l'ampleur au champ visuel.

M. Hahn présente un malade atteint de *folie chronique* consécutive *à des excès prolongés d'alcool*. Il s'agit d'une femme de trente-six ans, adonnée continuellement à la boisson depuis sept années, qui présenta successivement les phénomènes suivants :

1° Démence, impotence fonctionnelle, tremblements ataxiques, anarthrie, troubles de la déglutition, sans accidents hémilatéraux. 2° Amélioration faisant espérer la guérison. 3° Irritabilité, mélancolie avec idées de persécution provoqués par des hallucinations de l'ouie; tendances aggressives; mégalomanie fabuleuse.

M. Freund montre un certain nombre de préparations obtenues par la méthode de Golgi et de Ramon y Cajal, sur l'écorce du cerveau et du cervelet, ainsi que la moelle d'embryons.

MM. Sachs et Lissauer projettent des coupes d'encéphale.

LV^e^ SESSION A BRESLAU.

Séance du 2 mars 1881.

M. Lissauer. *Etude clinique et anatomique des symptômes de lésions en foyer dans la paralysie générale.* — Comme il est rare que les lésions en foyer du cerveau revêtent une allure aiguë et soient en rapport avec les attaques congestives apoplectiformes ou épileptiformes, il est évident qu'en en étudiant les symptômes, on peut éclairer la pathogénie de l'ictus. Sous le nom de symptômes de lésions en foyer, nous désignerons : l'*hémiopie*, qui se montre si fréquente à la suite des attaques; la *monoplégie brachiale*, caractérisée non par une paralysie des mouvements en masse, mais par la perte de la finesse dans l'exécution des mouvements, et l'oblitération du toucher, est probablement due à un trouble du sens musculaire. L'hémiopie accompagne souvent la monoplégie en question, et l'on observe parfois pendant des mois ces deux symptômes d'une façon continue, ce qui permet de les localiser.

Les adhérences de la pie-mère à l'écorce n'en sont pas l'origine. Ce sont des phénomènes anatomo-pathologiques infidèles, qui du reste, peuvent être des produits artificiels. C'est au microscope qu'il convient de s'adresser. Sur des coupes épaisses de préparations à l'acide chromique, on rencontre des couches d'une transparence insolite; cette transparence provient, comme le montrent des préparations à l'alcool, d'une atrophie plus prononcée des cellules nerveuses en des couches déterminées, notamment dans les seconde et troisième couches de Meynert. Celles-ci peuvent même presque totalement disparaître. L'altération atteint aussi les autres éléments cellulaires, à l'exception de la couche granuleuse (externe) très résistante, par places tout à fait indemne.

Cette dégénérescence par couches occupe le coin, le lobe occipital et le lobe pariétal, jusqu'au voisinage de la pariétale ascendante. Elle explique, d'une part, l'hémiopie observée pendant la vie, d'autre part, la maladresse de la main qui, probablement, doit être rapportée au lobe pariétal. Elle se manifeste par plaques irrégulièrement disséminées et irrégulières. C'est l'exagération du processus de dégénérescence systématique propre à la paralysie générale qui frappe, non pas seulement les fibres, mais aussi (méthode de Nissl) les cellules de l'écorce. Qu'il sévisse avec une intensité spéciale sur telle province d'ordinaire moins frappée, comme le coin, et voici venir les symptômes de lésions en foyer du cerveau dans le cours de la paralysie générale. Tantôt la poussée dégénérative de certains territoires corticaux est brusque et violente. Tantôt elle marche lentement; c'est ce qui arrive dans les endroits qu'elle affectionne, comme le lobe frontal, la circonvolution du

corps calleux, l'insula : dans ce dernier cas, nous avons affaire aux symptômes classiques de la paralysie générale, sans symptômes de lésions en foyer proprement dits.

La même dégénérescence corticale engendre la dégénérescence en plaques et en cordons de la couche blanche des hémisphères, décrite par Friedmann, et les altérations de la couche optique consécutives aux attaques congestives (Lissauer).

Enfin, il peut arriver que l'on observe des paralysies générales à complexus ordinaire peu accusé, tandis que l'aspect clinique sera celui de l'épilepsie Jacksonnienne, de l'aphasie sensorielle. Dans ce cas, il y a prééminence de foyers d'altérations, comme celles que nous venons de passer en revue, dans un lobe, par exemple le lobe temporal, tandis que les lésions du lobe frontal sont très minimes. On pourrait les appeler *paralysies générales à localisation anormale.*

M. HAHN présente *un cas de folie aiguë chez un enfant.* Il s'agit d'un garçon de dix ans qui, à la suite d'un coup de canne sur la tête (région temporo-pariétale gauche) est pris de violentes douleurs (il lui semble qu'en cet endroit les os sont mous et qu'il lui roule une balle dans le crâne), puis de mélancolie anxieuse avec quelques convulsions cloniques dans les extrémités, hallucinations de l'ouïe et de la vue, délire anxieux. Alternatives d'agitation gaie ou triste et d'angoisse extrême. Désordre dans les idées. Ces accidents durent huit jours, puis graduellement, ils disparaissent. La maladie ne dépasse pas deux mois.

M. HAHN présente aussi un cas de *désordre aigu dans les idées*, qui est en somme un délire général avec agitation, désordre des actes. L'orateur nie qu'on puisse affirmer l'existence d'hallucinations ou de sensations physiques anormales, mais il reconnaît les illusions. Il insiste sur l'élément, primordial d'après lui, caractérisé par désordre et incohérence dans les idées et les actes et qui se différencierait nettement du désordre maniaque et de l'hyperidéation manigène, en ce qu'il persiste sans interruption, sans rémission aucune, le malade englobant dans son délire les personnes, les objets et les événements qui parviennent encore à sa connaissance (hypermétamorphose). De sorte que les impressions sensorielles normales encore accessibles au moi, dérivent de l'idéation dans un sens ou dans l'autre; ce mécanisme serait spécial.

LVI[e] SESSION A L'ASILE DE RYBNIK.

Séance du 21 juin 1891.

M. ZANDER présente *un cas d'anomalie crânienne consécutive à un ostéome.* Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans. La tumeur occupe assez exactement le frontal droit. Elle s'étend surtout en haut et

latéralement. Dure et parsemée de sillons, elle n'est point sensible à la pression. Elle repousse la voûte de l'orbite droite en bas; l'œil de ce côté parait plus enfoncé d'un centimètre que le gauche. Peut-être cette tumeur remonte-t-elle à la naissance; en tout cas elle se borne au frontal et proémine principalement en haut. Depuis que le malade est à l'établissement, la circonférence horizontale du crâne s'est accrue de deux centimètres.

L'état mental se résume ainsi : depuis l'âge de dix-huit ans seulement, dégénérescence intellectuelle et morale, paresse, excès d'alcool, il est devenu incendiaire, voleur, violent et meurtrier. Actuellement, grande excitabilité ; d'un abord difficile, il est maussade, souvent violent et aime à détruire.

M. Buttemberg montre *un corps étranger de l'œsophage trouvé à l'autopsie*. — C'était un malade atteint de grande chorée et de démence à allures étranges et désordonnées, qui avait coutume de mettre dans sa bouche et d'y conserver toute espèce de choses, voire des grenouilles vivantes. Son appétit était demeuré excellent quand, un beau soir, il refusa de manger. En l'examinant, on trouva une élévation de température, avec tuméfaction et légère sensibilité de la gorge. La tuméfaction progressa, la fièvre monta à 39, la bouche ne peut plus s'ouvrir, on crut à un phlegmon du cou. Afin de procéder à un examen plus complet, on résolut de lui donner le chloroforme. Mais il mourut subitement le lendemain. Voici ce que révéla l'autopsie.

Le péricarde, normal, contenait une quantité considérable d'un liquide jaunâtre paraissant être du pus. Cœur normal. Le médiastin antérieur était en complète suppuration. Suppuration verdâtre, sanieuse, de forte odeur dans la plèvre droite. Tuméfaction prononcée des ganglions du cou, du reste non suppurés. Pas de suppuration non plus dans le larynx ni dans le pharynx. L'œsophage retient, au niveau du cartilage cricoïde, un morceau de porcelaine quadrangulaire, provenant d'une tasse qui mesure 6 centimètres de longueur, 2 centimètres et demi de large, 2 millimètres et demi d'épaisseur; un des angles, fiché dans la paroi œsophagienne, y a déterminé une perforation. Une seconde perforation, provoquée par un autre angle, siège en arrière et en haut. Il existe encore une troisième déchirure à 2 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde, un peu à droite de la ligne médiane ; elle est déterminée par un crochet du morceau en question qui n'est autre chose que l'anse brisée de la tasse Tout autour de cette triple perforation, des flots de pus odorants coulent jusque dans le médiastin postérieur qu'ils remplissent ; l'abcès par congestion inonde l'espace pleural droit et le médiastin antérieur.

M. Dinter. *Des troubles intellectuels d'origine épileptique*. — Dan la Silésie supérieure, les psychoses évoluent autrement qu'en d'au-

tres régions. L'orateur a examiné à ce point de vue la folie épileptique, d'autant qu'à l'asile de Rybnik, il y a un grand nombre d'épileptiques.

Il a trouvé que la folie transitoire des épileptiques ne présente, quant à la marche, à Rybnik, aucune différence de la même modalité morbide observée ailleurs. Il n'en est pas de même en ce qui concerne la folie épileptique chronique. Par exemple, les épileptiques travailleurs. Dans les autres régions, ils témoignent d'une fougue, d'une résistance au labeur, remarquable. A Rybnik, dès que vous constatez cette activité, vous pouvez dire qu'il ne s'agit pas d'un malade de la Silésie supérieure: c'est un épileptique de Breslau. La raison, c'est que les individus de la Silésie supérieure sont dès l'enfance lents et nonchalants.

M. Kurella. *Un cas de psychopathie relevant de la maladie de Basedow.* — C'est un fait de médecine légale qui n'est pas commun. Il s'agit d'un magistrat de trente-un ans arrêté au mois de septembre pour soustractions et falsifications des plus raffinées dans sa caisse ; au mois de décembre il était pris d'une attaque d'épilepsie et présentait, consécutivement, des troubles intellectuels. Le médecin de la prison le tenait pour un simulateur ; mais quelques semaines après, transféré dans une autre prison, il était, par un autre médecin, déclaré épileptique, et atteint de débilité mentale compliquée de dégénérescence morale. Il ne se produisit plus d'accidents psychiques aigus jusqu'à son transfert définitif, à la fin du même mois, à l'asile de Kreuzbourg. C'est là que se manifesta le complexus symptomatique du goître exophthalmique; tachycardie; goître; exophthalmie. On constata successivement : une myopie rapidement progressive — une diminution concentrique du champ visuel — un affaiblissement des muscles et des globes oculaires (rigidité, fixité du regard) — une parésie manifeste des deux droits externes (divergence des axes oculaires) — une béance accusée des deux fentes palpébrales, une rétrartion des deux paupières supérieures et inférieures — la disparition du clignottement normal (épiphora, symptôme de de Grœfe). Du côté de la motilité, tremblement à ondes rapides, un accès d'épilepsie très court. De temps à autre, tendance à la sudation, taches cérébrales, urticaire factice. En outre, violentes céphalalgies, insomnie. maintien embarrassé et dépourvu de souplesse. Pendant six semaines, retour à l'état normal ; le malade a conscience de sa situation, bien plus, il expose des idées philosophiques d'un fatalisme des plus cyniques et prétend avoir commis ses délits de propos délibéré et en parfaite connaissance. Mais en même temps, on peut établir qu'on a sous les yeux un individu irritable, un jouisseur qui, par ses dissipations a été entraîné aux malversations dont il est coupable, malversations commises en l'espace de cinq mois et habilement dissimulées. Pendant cette période délictueuse, on ne trouve pas

trace de facteur pathologique. C'est pendant la détention cellulaire de la période d'instruction que, sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe survenues la nuit, se montrèrent les troubles intellectuels ; ils disparurent après la suppression de la séquestration cellulaire. Les attaques convulsives, précédemment notées, ne paraissent pas tenir à l'épilepsie proprement dite ; il n'en a eu que deux légères pendant la période, si défavorable pour lui, qui s'étend de son arrestation à la fin de son observation à l'asile : en tout huit mois; pendant tout le cours de son existence antécédente, elles auraient été si rares que ses chefs et ses collègues les ignorent. Il convient de mentionner que le père de l'accusé était un misanthrope original, que son enfance s'est écoulée monotone, sans plaisirs, sans amitiés, que sa sœur semble également être affectée de maladie de Basedow.

En conséquence, M. Kurella conclut à la responsabilité. Les convulsions, de même que la psychose due à la détention, doivent être considérées comme des épisodes d'une névrose sympathique, d'une dégénérescence héréditaire ; mais, ni à l'époque de l'acte incriminé, ni pendant la période d'observation à laquelle il a été soumis, on ne peut le tenir pour un aliéné ou pour un épileptique. Il s'agit médicalement parlant, plutôt d'une névrose générale sous la dépendance du goître exophthalmique que d'une polio-encéphalite supérieure. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.) P. KERAVAL.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE MOSCOU.

Séance du 17 mai 1891.

M. le Dr E. KAGAN. *Contributions à l'étude de la pathologie des nerfs du larynx.* — Le rapporteur présente un malade qui souffre depuis deux ans d'une dyspnée inspiratoire et des accès de laryngisme, tandis que la fonction phonétique des cordes vocales est intacte. Les accès du laryngisme commencent par la toux et sont accompagnés par des mouvements de déglutition et renvois. Ils surviennent pour la plupart pendant la nuit, tantôt spontanément, tantôt provoqués par des irritations minimes de la muqueuse du larynx. Le rapporteur indique la possibilité de l'origine du laryngisme pareil à la suite d'une paralysie des muscles postérieurs; il explique pourtant les phénomènes cliniques qui

viennent d'être mentionnés plutôt par un spasme réflexe de tous les muscles du larynx, spasme, qui pourrait être occasionné par l'irritation des fibres sensitives du nerf vagus par deux tumeurs symétriques, qu'on peut sentir dans les deux fosses rétromaxillaires du malade. Au cours de la discussion M. le professeur Kojewnikoff et les Drs Korniloff et Netschaeff ont pris la parole. Le premier suppose, que dans le cas en question, il ne s'agissait vraisemblablement pas du spasme, mais plutôt d'une paralysie des muscles postérieurs.

M. le Dr Darchewitch. *Sur les affections articulaires et musculaires chez les hémiplegiques.* — Le rapporteur constate d'abord la présence dans ces conditions des arthropathies et des amyotrophies. L'affection articulaire aux extrémités supérieures dépend le plus souvent directement de la lésion cérébrale. C'est une synovite qui peut être aiguë ou subaiguë. L'atrophie musculaire précoce qui apparaît pendant les premières dix à douze semaines, depuis le commencement de la maladie, envahit tous les muscles de l'extrémité atteinte ; son évolution n'a aucun rapport avec la présence ou l'absence de l'arthropathie et des troubles de la sensibilité. Il n'y a qu'une modification quantitative de l'excitabilité électrique. Au microscope, il y a un simple amincissement des fibres musculaires, tandis que les nerfs périphériques aussi bien que les cellules nerveuses de la moelle sont complètement intactes. L'atrophie musculaire est causée par la localisation spéciale de la lésion cérébrale.

BIBLIOGRAPHIE.

VII. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie ;* par Bourneville, avec la collaboration de MM. Camescasse, Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas, P. Sollier. Aux bureaux du *Progrès medical*, Paris, 1891.

Ce volume est le onzième des comptes rendus des travaux de M. Bourneville dans son service de Bicêtre. Il marque une étape. En effet la *première partie*, sous la rubrique : Histoire du service pendant l'année 1890, nous montre l'achèvement de la section moderne des idiots, et les débuts de l'installation de la fondation Vallée, affectée aux filles éducables.

Nous avons, entre temps, insisté sur les difficultés de tous ordres

contre lesquelles notre maître a eu à lutter pour faire quelque chose. Grâce à son infatigable persévérance, il a réussi et il a fait grand au point de vue technique. Il n'est pas douteux qu'entre ses mains le nouvel institut médico-pédagogique Vallée ne prospère comme a prospéré la nouvelle section, et que les idiotes éducables ne profitent rapidement de ce legs. Nous recommandons la lecture de l'historique de cette fondation, des plus instructives. Qu'on ne vienne plus nous dire que nos efforts sont vains dans cette voie thérapeutique.

La *seconde partie* du mémoire, intitulée : *Clinique et anatomie pathologique*, fourmille d'observations complètes, intéressantes au plus haut point. Telle, en particulier, l'observation IV, *Idiotie symptomatique d'une tumeur cérébrale.* On y voit que, sous l'influence de tumeurs cérébelleuses, le quatrième ventricule s'est oblitéré ; le troisième ventricule a subi une expansion modérée, et les ventricules latéraux se sont considérablement dilatés. L'hydrocéphalie était représentée à l'autopsie, par 600 grammes de liquide céphalo-rachidien. C'est alors que s'est produit un phénomène qui renverse complètement l'indication, par trop systématique des partisans de la *craniectomie.* Alors que les fontanelles et les sutures semblaient ossifiées, chez cet enfant de douze ans, les sutures fronto-pariétales et intra-pariétales se sont écartées de 2 millimètres à 25 millimètres. Aussi les phénomènes de compression ont-ils affecté une grande lenteur, et même des rémissions dans leur marche. Qui sait si, l'affection n'aurait pas rétrocédé sans une chute qu'il fit sur la tête et qui le tua en cinq jours. Avant, donc, d'intervenir chirurgicalement, au hasard, et de risquer de précipiter les accidents par des complications expérimentales, il conviendrait, au préalable, de se rendre compte du mécanisme exact des compensations intra-cérébrales. Ces réflexions s'appliquent aussi à la craniectomie chez les microcéphales. Il ne faut pas croire que le cerveau cesse invariablement de se développer, parce que la boîte osseuse l'enclave ; avant de réséquer la calotte crânienne, il faudrait faire la lumière sur cette question de pathogénie déjà ancienne, mais encore irrésolue. (Voyez 3e partie, p. 133.)

Les autres observations sont intitulées :

Obs. I. Imbécillité ; syndactilie ; hypospadias ; tuberculose intestinale. — Obs. II. Idiotie et épilepsie symptomatique (atrophie, sclérose). — Obs. III. Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale atrophique. — Obs. V. Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite. — Obs. VI. Idiotie complète, épilepsie, mal de Pott vertébral. — Obs. VII. Cas d'hystérie chez l'homme.

On voudra bien faire attention à la notation de l'idiotie. Il n'y a pas qu'une idiotie. De même qu'il y a des paraplégies, il y a des idioties. L'idiotie est le complexus clinique ultime qui succède à

des lésions plus nettement définies que jadis, j'allais dire à des mutilations de jour en jour mieux localisées. Voyez du reste la troisième partie qui termine le volume (classification). Des travaux non moins substantiels y trouvent place sur la microcéphalie, la parencéphalie, l'idiotie myxœdémateuse, l'idiotie polysarcique. L'analyse, trop imparfaite de ces travaux inédits jusqu'alors, ne saurait remplacer la lecture attentive. Nous avons tenté le plus brièvement possible, d'en exprimer le suc. P. KERAVAL.

VIII. *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses;* par le Dr Paul BLOCQ et J. ONANOFF. 1 vol. avec 88 figures. Chez G. Masson, 1892.

Cet ouvrage comble une lacune que l'extension qu'ont prise les maladies nerveuses depuis un certain nombre d'années rendait indispensable de remplir. Malgré la difficulté de ce travail provenant de la complexité des symptômes d'ordres divers que présentent les affections du système nerveux, les auteurs s'en sont tirés à leur honneur, et leur ouvrage sera certainement accueilli avec faveur par les nombreux médecins que les nombreuses monographies ou les traités didactiques spéciaux peuvent effrayer, et qui seront heureux de trouver là sous une forme concise toutes les méthodes d'examen et de diagnostic nécessaires.

Se basant exclusivement sur la clinique, MM. Blocq et Onanoff ont suivi l'ordre dans lequel se présentent tout naturellement les symptômes à l'examen du médecin. Dans la première partie, ils étudient les signes présents, et dans la seconde les signes commémoratifs. Dans les signes présents, ce qui frappe d'abord, ce sont les *troubles de l'intelligence*, puis ceux qu'accuse le malade, c'est-à-dire les *troubles de la sensibilité*. Viennent ensuite ceux constatés par le médecin, ceux de la *motilité* et des *réflexes* qui tous constituent les signes directs. L'étude des signes indirects, *troubles trophiques. signes généraux* et *anthropologigues* vient après. Quant à la seconde partie, elle comprend l'étude des causes prédisposantes et des causes déterminantes. Comme on le voit, les auteurs ont procédé cliniquement et logiquement.

Dans la plupart des chapitres, on trouvera, à côté de considérations purement cliniques, un examen critique des opinions professées par les autres auteurs, qui relève singulièrement l'ouvrage et d'un simple manuel le place au rang d'une œuvre originale et personnelle. Le point de vue psychologique qui prend de plus en plus de place dans certaines affections nerveuses n'a pas été laissé de côté par les auteurs et quelles que soient les opinions émises par eux, quelle que soit la valeur qu'on leur accorde, il n'en reste pas moins que c'est une excellente chose que d'avoir montré l'importance réelle de ces considérations d'ordre philosophique, que beaucoup regardent à tort comme inutiles à la clinique.

On trouvera tout particulièrement intéressants à cet égard les chapitres consacrés aux *sommeils pathologiques*, à l'*asymbolie* qui comprend tous les troubles du langage, et où l'aphasie est présentée sous un jour assez nouveau, grâce au rôle que les auteurs font jouer au sens musculaire dans sa production.

Une étude également intéressante est celle du *faciès*, de l'*attitude* et de la *marche* qui est rendue plus vivante par l'adjonction de nombreuses figures représentant les différents types en vue. Du reste un grand nombre de figures illustrent cet ouvrage et facilitent ainsi la compréhension des procédés employés pour l'examen des malades, car ces figures qui sont toutes originales ne se bornent pas à représenter certains troubles objectifs ou à certains schémas, mais encore certains instruments nécessaires pour l'examen complet et la manière de s'en servir. Par là encore l'ouvrage de MM. P. Blocq et Onanoff rendra de véritables services aux praticiens. P. S.

VARIA.

BANQUET OFFERT A M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

Le samedi 5 mars, les élèves de M. le professeur Charcot, réunis autour du Maître, au restaurant Durand, ont fêté sa récente promotion au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur. Les invitations avaient été strictement limitées aux anciens internes et chefs de clinique de M. Charcot et aux chefs de services auxiliaires de la clinique des maladies nerveuses (électrothérapie, ophtalmologie, otologie, etc.). Les convives étaient au nombre de 35. En voici la liste d'après l'ordre chronologique (année d'internat chez M. Charcot) :

V. Cornil (1863); — Bouchard (1864 et 1866); — Bourneville (1868); — Joffroy (1869); — Gombault (1871); — Debove (1871); — Pierret (1874); — F. Raymond (1875); — Pitres (1876); — Oulmont (1877); — P. Richer (1878); — Brissaud (1879); — Ballet (1880); — Féré (1881); — Marie (1882); — Gilles de la Tourette (1884); — G. Guinon (1885) et Babinski, chef de clinique; — Berbez (1886); — Blocq (1887); — Huet (1888); — Dutil (1889); — Parmentier et Souques (1890); — J.-B. Charcot et Hallion (1891); — Gasne, Guyon, Lamy (1892); — Londe (1893); — Collinet (1894); — Lan-

dowski (1895) [1]. — Voici maintenant les noms des chefs des services auxiliaires : Vigouroux (électrothérapie); — Parinaud (ophtalmologie); — Gellé (otologie); — Galippe (odontologie); — Londe (photographie).

A la fin du dîner, M. le professeur Cornil, le plus ancien des internes présents, se lève et adresse ainsi la parole à son maître :

MON CHER MAÎTRE,
MESSIEURS,

Je dois au triste privilège de l'âge l'honneur de porter en votre nom la santé de notre illustre maître, M. Charcot. Le premier interne de M. Charcot, en 1862, était mon camarade et ami M. Soulié, professeur de thérapeutique à la Faculté de Lyon, retenu par une affection douloureuse et heureusement peu grave. Je lui succédais à la Salpétrière en 1863, il y aura bientôt trente ans. Ce fut assurément, de mes années d'apprentissage de la vie et de la science, la plus féconde et la plus heureuse. M. Charcot avait ouvert et commençait à exploiter cette mine inépuisable de recherches pathologiques de la Salpêtrière, où s'entassent en couches pressées les maladies chroniques incurables, les affections nerveuses et mentales, avant de révéler leurs secrets. A cette époque, M. Charcot était le premier arrivé dans le service qui durait tard, qui se prolongeait indéfiniment par les autopsies. Peu d'élèves suivaient alors ce travail obstiné, si intéressant, si passionnant pour l'interne qui y était associé; mais les externes nous abandonnaient et le service se faisait presque toujours avec le chef de service et son interne tête à tête. Il faut dire que, cette année là, M. Charcot et M. Vulpian constituaient un répertoire des Archives de la Salpêtrière, en prenant une à une les observations des administrées dans leurs dortoirs et que nous y passions des journées entières. On jetait les larges assises de l'Ecole de la Salpêtrière avec un travail acharné. On faisait de l'anatomie pathologique, en prenant comme sujet les apoplexies et ramollissements du cerveau, l'ataxie locomotrice, les myélites, la paralysie infantile; on prenait des observations d'attente en vue de la localisation des fonctions cérébrales. On menait de front, se complétant, s'expliquant l'une par l'autre, la clinique et l'anatomie pathologique. La pièce qui nous servait de laboratoire, assainie après l'enlèvement des bocaux de votre prédécesseur,

[1] Pour compléter la liste des internes de M. Charcot, nous donnons les noms de ceux qui, empêchés, se sont excusés : Soulier (186); — Lépine (1867); — Pierret (1874); — Oulmont (1877); — et enfin la liste de ceux qui sont décédés : Gotard (1865), Michaud (1870) et Bernard (1883).

Cazalis, voyait aussi avec étonnement des microscopes, chose rare, et il en sortait des examens histologiques bien faits, ce qui était encore plus extraordinaire, car notre outillage en France, notre organisation scientifique, étaient à peu près nuls.

Permettez-moi de vous le rappeler, mon cher maître, cette année de 1863 a dû rester aussi profondément gravée dans votre cœur, car c'est à cette date que vous avez lié votre destinée à la compagne, dont l'esprit élevé, l'intelligence ouverte à tout ce qui est beau dans les sciences et dans les arts, vous a donné le charme et les joies de l'intérieur et de la famille.

Depuis lors, mon cher maître, votre maison a été le rendez-vous de vos élèves qui y trouvaient le gracieux accueil et le réconfort moral, presque une famille. Que nos paroles ailées portent à Madame Charcot le profond témoignage de notre respect et de notre gratitude!

Vous avez fondé à la Salpêtrière une école incomparable de clinique des maladies nerveuses, comme il n'en existe nulle part ailleurs.

Et ce n'est pas seulement parce que tous les sujets intéressants de la ville de Paris s'y donnent rendez-vous, non, c'est à vos admirables qualités propres de clinicien, d'observateur pénétrant, clairvoyant, à qui rien n'échappe, que ce résultat est dû.

Vous personnifiez parmi nous le clinicien hors pair qui sait voir et trouver, le successeur direct de nos grands médecins, et dont le plus éminent est Laënnec.

La clinique pure est aussi, elle, une science, car elle possède ses méthodes propres. Une méthode d'investigation des malades étant donnée, une série de maladies nouvelles seront déterminées; mais là, le plus souvent, nos méthodes cliniques n'ont pas la rigueur des méthodes employées en géométrie ou en physique. Elles demandent pour être poussées dans la voie du progrès que l'observateur possède une sorte d'intuition, une rare perfection des sens et du jugement unie à la ténacité qui surmonte tous les obstacles.

Vous avez ces dons mon cher maître, et c'est ce qu'en toute langue, dans toutes les branches de la pensée humaine, on appelle le génie, la faculté de trouver les faits cliniques nouveaux, de les comparer entre eux et avec les lésions, d'en déduire un processus morbide, de synthétiser et de créer ainsi un type pathologique.

C'est ce que vous avez réussi à faire pour un grand nombre de maladies du système nerveux inconnues jusqu'a vous ou peu étudiées.

Pour celles qui étaient déjà connues, vous en avez si profondément remanié l'étude qu'on est tenté de croire que vous les avez décrites le premier.

Aussi l'Ecole de la Salpêtrière, où tant de jeunes hommes, qui vous entourent, sont venus se former, est-elle l'Ecole clinique par

excellence des maladies nerveuses, aussi connue, aussi estimée dans tout le Monde qu'elle l'est parmi nous.

Et si l'on songe au peu de progrès que la médecine proprement dite a faits par la clinique pure depuis cinquante ans, on admire davantage encore ceux que vous avez réalisés.

A part la chirurgie et les branches spéciales qui se sont développées par l'application d'un instrument nouveau, comme le laryngoscope ou l'ophtalmoscope, la médecine clinique proprement dite est restée très stationnaire. Je ne parle pas, bien entendu, des progrès de la pathologie générale résultant de l'application de l'histologie ou de la bactériologie, mais j'entends la clinique proprement dite. Eh bien! quels progrès a-t-elle faits depuis trente ans? je ne vois guère d'acquisitions nouvelles que dans l'Ecole de la Salpêtrière.

Vous n'attendez pas, Messieurs, que je vous énumère dans le détail ces découvertes; vous les connaissez mieux que moi. Si j'ai assisté et pris part aux débuts, vous en avez suivi mieux que moi l'évolution progressive.

Vous me dispenserez aussi, Messieurs, de vous dire quel clinicien est M. Charcot; si je hasardais sur ce point quelques paroles, vous trouveriez tous qu'elles sont par trop au-dessous de ce que vous en pensez vous-mêmes, car vous l'avez vu à l'œuvre et cela suffit pour en conserver le souvenir inoubliable.

Ce que je puis dire en votre nom à tous, Messieurs, c'est la libéralité admirable avec laquelle M. Charcot nous a toujours associés à ses travaux, à ses publications; c'est le soutien de tous les instants qu'il nous a prodigué après nous avoir instruits par son exemple, ses conseils, son enseignement journalier. Ce n'est pas seulement en instruction médicale que nous avons tous gagné à son contact, Messieurs, mais aussi en éducation intellectuelle, politique et philosophique.

J'en juge par moi-même, Messieurs, car je lui dois ce que je suis. Il est descendu de sa chaire d'anatomie pathologique en me la donnant. Il est difficile de concevoir une transmission plus parfaite d'héritage, car elle avait lieu entre deux personnes vivantes et bien portantes. C'est ainsi, Messieurs, que tous, nous pouvons témoigner à M. Charcot notre profond dévouement, notre éternelle reconnaissauce.

Mon cher Maître, tout vous a souri, parce que vous étiez laborieux, autant qu'admirablement doué; vos travaux ont déterminé la fortune et les honneurs; votre étoile parcourt son orbe ascendante; vos disciples vous entourent d'une affection profonde et ils sont heureux de votre gloire qui rayonne sur eux.

M. Cornil s'est à peine rassis que M. Charcot, très ému, lui dit : « Je suis trop ému pour vous répondre, mon cher Cornil,

laissez-moi vous embrasser. » Et ainsi le Maître donne l'accolade à chacun des orateurs qui ont pris la parole au banquet. Vient après M. Joffroy, qui parle au nom des élèves devenus agrégés :

MON CHER MAÎTRE,

Au dernier moment, mes camarades de l'Agrégation me demandent de prendre la parole en leur nom. Je ne me dissimule pas le danger d'une improvisation, mais c'est pour moi un tel honneur et un si grand plaisir de lever mon verre dans cette circonstance, que je suis heureux de braver le danger pour avoir le plaisir.

Je ne vous adresserai pas de longues félicitations pour une distinction que nous avons trop longtemps attendue et qui, du reste, ne vous grandit pas à nos yeux. Ce que nous apprécions le plus en elle, aujourd'hui, c'est qu'elle sert de prétexte à cette charmante réunion et qu'elle nous permet de vous dire toute notre respectueuse affection et toute notre vive reconnaissance. Si nous sommes agrégés (puisque c'est au nom des agrégés que je parle), c'est à vous que nous le devons. Quand nous étions vos internes, vous nous avez appris à travailler, vous nous avez inspiré l'amour de la science, vous nous avez animés du feu sacré, et quand, pleins de tristesse et de regrets, nous quittions la Salpêtrière, vous nous suiviez d'un cœur vigilant sans jamais nous abandonner, tant que nous n'avions pas atteint le but. Et, dans les moments de lassitude, d'abattement, parfois de désespérance, survenant au cours de la lutte, nous trouvions toujours, à votre foyer, la parole qui ranime, qui réconforte, qui rend l'ardeur et entraîne au succès.

Ils sont déjà nombreux vos élèves qui sont ainsi arrivés, mais ce n'est encore qu'un commencement. Derrière nous, voici toute une phalange de jeunes dont les prochains triomphes contribueront bientôt à glorifier encore davantage cette grande famille des élèves de la Salpêtrière, dont vous êtes le patriarche aimé et vénéré.

Dans l'intérêt des jeunes, pour la satisfaction des aînés, restez de longues années à la tête de cette famille, c'est le vœu fervent que nous formons tous et pour la réalisation duquel nous buvons de grand cœur.

Puis M. le professeur Pitres (de Bordeaux) prend la parole au nom de ceux qui ont été chercher gloire et fortune hors Paris et qui, bien qu'éloignés du Maître, sont toujours restés ses élèves dévoués et reconnaissants.

CHER MAITRE,

Dans les familles nombreuses, il y a presque toujours des enfants que les hasards de l'existence obligent à s'éloigner du toit paternel. Il y en a aussi dans votre famille scientifique. Plusieurs de vos élèves, non des moins dévoués, ont été contraints d'aller planter leur tente loin de Paris. Séparés de vous, ils n'oublient cependant ni les services que vous leur avez rendus, ni la reconnaissance qu'ils vous doivent. Et quand un événement heureux réunit, comme cela a lieu aujourd'hui, l'Ecole autour de son Chef, ils s'empressent de venir prendre part à la fête, afin de vous apporter, eux aussi, l'expression de leur inaltérable affection. En leur nom, je bois à votre santé et à celle de tous ceux qui vous sont chers.

Après quelques mots de M. Galippe et de M. Dutil, M. CHARCOT prend la parole en ces termes :

« MES CHERS AMIS,

« Je veux remercier tout d'abord ceux d'entre vous qui, à l'occasion de ma promotion à un grade supérieur dans la Légion d'honneur, ont eu l'heureuse idée d'organiser cette fête.

« Ils m'ont ainsi procuré la joie de me voir aujourd'hui entouré de tous ces vaillants qui, à des titres divers — internes, chefs de clinique, chefs de laboratoire, etc. — se sont, depuis trente ans, groupés autour de moi pour travailler au succès de ce que nous appelions la bonne cause.

« Il s'agissait, c'est encore presque une nouveauté, dans ce temps-là, d'éclairer la clinique et de la transformer même, si possible, — sans jamais toutefois la violenter, sans méconnaître jamais sa prééminence pratique ; — il s'agissait, dis-je, de l'éclairer par l'intervention largement acceptée des sciences anatomiques renouvelées par l'histologie et de l'expérimentation physio-pathologique dans les affaires de la médecine.

« Oui, c'était la bonne cause, et aujourd'hui que, depuis longtemps, elle a triomphé sur toute la ligne, nous avons bien quelque droit de nous féliciter de la part qui nous revient dans le succès.

« Il me semble, Messieurs, que nous célébrons aujourd'hui le 30e anniversaire de la fondation de l'œuvre. C'est en 1862, en effet, que Soulier, aujourd'hui professeur de thérapeutique à la Faculté de Lyon, a été, à la Salpêtrière, le premier de mes internes. Puis cela été le tour de mon cher ami Cornil, actuellement professeur à la Faculté de médecine de Paris, président de la Société anatomique. Il a été mon maître en histologie.

« Ensuite vient un nom, illustre entre tous : celui du professeur Bouchard, mon cher confrère à l'Institut de France, fondateur à son tour d'une Ecole prospère, adonné pour l'instant surtout aux études pathogéniques, dont les travaux, d'une originalité puissante, commandent l'admiration de tous, et qui a grandement contribué déjà à rehausser, dans ces dernières années, l'éclat de la Médecine française.

« Après M. Bouchard, que j'ai eu l'insigne honneur de voir à mes côté à titre d'interne, pendant deux ans, se sont succédé : Cotard, hélas ! trop tôt enlevé à la science, comme devait l'être plus tard le regretté Michaud, chirurgien des hôpitaux de Lyon ; Lépine, membre correspondant de l'Institut, l'une des grandes illustrations de la Faculté lyonnaise, Bourneville, Joffroy, Hanot, Gombault, médecins des hôpitaux ou agrégés : Debove, mon collègue de la Faculté de Paris ; Pierret, professeur à la Faculté de Lyon ; Pitres, enfin, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux qui, malgré ses occupations pressantes, n'a pas hésité à venir se réunir à nous ; ce dont je lui serai toujours reconnaissant.

« J'en passe, et des meilleurs, tels que Oulmont, médecin des hôpitaux, Richer, chef de laboratoire dans mon service, Brissaud, Ballet, médecins des hôpitaux et agrégés, Féré, médecin de Bicêtre, Marie, médecin des hôpitaux et agrégé, Babinski, médecin des hôpitaux, etc., car, malgré toute la joie que je ressens à étaler nos richesses, je me vois obligé d'arrêter cette énumération.

« Il est temps, en effet, maintenant, que je me tourne vers les jeunes, les nouveaux venus, ceux de l'avenir, pour leur dire en leur montrant les anciens, ceux d'hier et d'autrefois : suivez leurs exemples ; marchez sur leurs traces ; je retrouve en vous l'enthousiasme et la foi qui les ont animés ; la méthode est sûre et éprouvée ; travaillez, soyez patients ; sachez attendre ; le succès ne manquera pas tôt ou tard de couronner vos efforts.

« En terminant, mes chers amis, permettez-moi de vous témoigner toute ma gratitude pour l'incomparable plaisir que vous m'avez fait en vous réunissant aujourd'hui autour de moi. En vous voyant tous, les anciens comme les nouveaux, si pleins de force et de vitalité, j'éprouve, à votre contact, comme un rajeunissement, et je me sens plein d'espoir.

« C'est pourquoi, levant mon verre, je bois à la prospérité passée, présente et future de l'Ecole de la Salpêtrière. »

Cette fête véritablement intime puisque, suivant le désir de M. Charcot, elle ne comprenait que ses anciens internes et chefs des services auxiliaires actuels, laissera un souvenir des plus agréables dans la mémoire de tous ceux qui ont eu le plaisir d'y assister. Tous se souviendront combien le Maître était heureux de se trouver entouré de tous ses collaborateurs les plus directs et les plus dévoués. Des fêtes comme celle-là sont de nature, nous en avons la conviction, à maintenir et à resserrer les liens qui ont toujours uni les élèves de l'Ecole de la Salpêtrière.

Les préfets et l'assistance des aliénés.

Dijon, le 25 novembre 1891.

Monsieur et cher Collègue,

Il résulte des renseignements recueillis que le jeune Duponn... Alexis, qui a fait l'objet de votre communication du 9 novembre courant, est effectivement né à Dijon. Mais, avant de reconnaître le droit aux secours dans mon département pour un enfant âgé seulement de sept ans, je désire avoir communication des documents sur lesquels vous vous êtes appuyé pour prononcer sa séquestration comme un *aliéné dangereux*. J'ajoute que le Conseil général de la Côte-d'Or n'est pas disposé à prendre à sa charge des dépenses d'entretien d'aliénés, s'il n'est pas démontré que ces aliénés présentent de réels dangers pour la sécurité publique.

Agréez, etc...

M. le préfet de la Côte-d'Or ne parcourt pas les faits divers des journaux. Sans cela, il verrait à chaque instant citer des accidents occasionnés par des enfants idiots, aliénés ou épileptiques, ou raconter des actes graves ou odieux commis sur eux, et qui justifient l'hospitalisation de ces enfants. Nous ne vou-

lons pas faire ici un exposé de la question de l'Assistance de cette catégorie de malheureux, nous nous bornerons à citer un fragment d'une circulaire ministérielle, en date du 5 août 1839, qui fera voir à M. le préfet de la Côte-d'Or qu'il n'a pas une connaissance complète des obligations que lui impose la loi du 30 juin 1838[1] :

..... « La loi du 30 juin 1838, dit le ministre, n'est pas seulement une *loi de police*, c'est aussi une LOI DE BIENFAISANCE. Il est des aliénés dont la condition est trop déplorable, quoi qu'ils ne menacent point la sécurité des citoyens, pour que la société ne leur vienne pas en aide. Tous ceux surtout qui sont en proie aux premiers accès d'un mal que l'on peut dissiper, doivent être admis à recevoir les secours de la science et de la charité. Lorsque, sur tous les points de notre territoire, des hôpitaux sont ouverts aux diverses maladies qui affligent l'humanité, la plus cruelle de toutes, l'aliénation mentale, ne saurait être privée de ce bienfait. »

Dès que l'occasion s'en offrira, nous continuerons à placer, sous les yeux des préfets, des documents officiels instructifs. (Voir p. 460.) B.

DISTRACTIONS DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS. LES PUPAZZI A BICÊTRE.

M. Darthenay est venu le jeudi 31 mars à Bicêtre, donner aux aliénés adultes et aux enfants de l'établissement une intéressante matinée. Aux applaudissements enthousiastes de son auditoire composé d'environ 300 adultes, 250 enfants, il a fait jouer à ses pupazzi trois comédies enfantines du comique le plus bouffon.

La loterie des Batignolles tel était le titre de la première pièce. *La marotte de M. Dupiton*, en deux actes, a continué le spectacle, qui s'est terminé par l'*Avare et son trésor*, comédie-bouffe en trois tableaux.

Pendant les entr'actes, Mlle Darthenay s'est fait entendre dans *La véritable manola* de E. Bourgeois et la *Sérénade du Passant* de Fr. Coppée. Un charmant monologue de Bilhaud, l'*Ane*, poésie d'une moralité enfantine, qui a provoqué l'admiration des petits a encore mieux fait ressortir les talents d'artiste de Mlle Darthenay.

Au commencement et à la fin de la matinée, la fanfare des enfants a joué quelques morceaux de son répertoire. La fête, commencée à 2 heures et demie, s'est terminée à 4 heures et demie.

Les enfants de la fondation Vallée sont venus, comme d'habitude, assister à la représentation.

[1] *Législation sur les Aliénés et les Enfants assistés*, t. Ier, p. 65.

Les aliénés en liberté

— Une arrestation des plus dramatiques, dit le *Rappel de l'Eure* (3 fév.), a été opérée, jeudi dernier, au hameau de la Troudière (commune de Breux). A la suite d'un incendie qui avait détruit une grange appartenant à M. Etienne Digard, cultivateur, et estimée 800 fr., deux gendarmes de la brigade de Nonancourt vinrent procéder à une enquête sur les causes de ce sinistre. Tout le monde, dans le pays, désignait comme l'incendiaire le fils Adrien Digard qui depuis quelque temps, donnait des signes d'aliénation mentale et terrorisait les habitants en tirant des coups de revolver.

Adrien Digard, interrogé par les gendarmes, protesta de son innocence, et, après les avoir inutilement sommés de s'en aller au plus vite, il s'arma d'un couteau et menaça de larder le premier qui s'approcherait. Bientôt, joignant le geste à la menace, il s'élança sur l'un d'eux et lui effleura le nez avec son couteau, qui trancha presque une de ses aiguillettes. En présence de cette attaque, les gendarmes se jetèrent sur le fou, qu'ils désarmèrent, aidés par un voisin, et qu'ils confièrent au maire, après l'avoir réduit à l'impuissance. Le pauvre insensé a été mis en lieu sûr en attendant que les démarches faites pour obtenir son internement aient abouti. On a trouvé dans ses poches un revolver, des balles, une boîte de poudre et des culots de cartouches qu'on a eu soin de lui retirer.

— Une brave femme, la dame Grandet, âgée de quarante-neuf ans, qui tenait un débit de vins rue Amélie, avait cru bien faire en plaçant ses économies — une quinzaine de mille francs — sur le Panama. Mais, hélas! son petit pécule, comme celui de tant d'autres fut englouti dans un gouffre sans fond.

Depuis la catastrophe, la pauvre dame était en proie à d'effrayantes hallucinations et atteinte du délire de la persécution : elle se figurait n'être entourée que d'assassins. Or, hier, vers huit heures du soir, à la suite d'un accès de folie furieuse, elle s'empara d'une barre de fer et frappa à tort et à travers tous les consommateurs qui se trouvaient dans son débit. Puis, tout en courant, elle se dirigea vers le poste de police situé en face de chez elle, en continuant toujours à manœuvrer son redoutable instrument. Ce n'est qu'avec les plus grandes peines du monde qu'on parvint à se saisir de la malheureuse, que le commissaire de police a dirigée sur l'infirmerie du Dépôt. (*Radical*, 12 août 1891.)

— Une dame d'un certain âge, rue Fontaine-au-Roi, s'est asphyxiée hier. Elle donnait des signes d'aliénation mentale. Elle

se prétendait sorcière et commettait de nombreux actes d'excentricité. Ce sont ses enfants qui, inquiets de ne pas la voir depuis quelques jours, ont fait ouvrir sa porte et ont trouvé leur mère morte.

— L'ancienne bonne du curé de l'hôpital du *Perpétuel secours* à Levallois-Perret, une demoiselle Victoire Scheirer, âgée de cinquante ans, était depuis quelque temps en proie à une grande exaltation mystique. Elle avait transformé en une véritable chapelle ardente la chambre qu'elle occupait à Levallois, au numéro 70 de la rue Danton. En dernier lieu, la folie s'emparant d'elle peu à peu, elle s'imaginait être sainte Victoire de Levallois (?) une sainte, paraît-il, très en vogue dans la localité.

Avant-hier enfin, convaincue que les ailes lui étaient poussées, elle ouvrit sa fenêtre et, étendant les bras, en extase, elle se lança dans le vide, s'attendant sans doute à gagner le paradis d'un coup d'aile; elle ne réussit qu'à se faire des blessures assez graves, conséquences, comme on peut le croire, de la chute qu'elle fit du premier étage...

Hier, elle pensait renouveler l'expérience, mais en l'entourant cette fois d'une mise en scène plus complète et d'un luxe inusité de bougies. Les voisins commençaient à redouter qu'elle ne mît le feu à la maison, c'est ce qui serait infailliblement arrivé si l'on ne s'était introduit chez elle assez tôt pour éteindre les premières flammes.

M. Guilhen, commissaire de police de Levallois-Perret, fut prévenu et, lorsqu'il se présenta pour adresser des remontrances à notre illuminée, celle-ci le prit pour Dieu le père et se jeta à genoux avec de grandes démonstrations de piété. Comme il voulait l'emmener, craignant quelque nouvelle équipée, elle lui opposa une résistance effarée, se cramponnant aux meubles, poussant des cris épouvantables. M. Guilhen s'avisa alors d'un ingénieux expédient : il lui promit de la présenter à saint Pierre lequel, détenant, comme on le sait, les clefs du paradis, lui en ouvrirait les portes à deux battants. Convaincue, la folle le suivit alors de grand cœur et ce furent naturellement les portes de l'infirmerie spéciale du Dépôt qui s'ouvrirent... et se refermèrent sur elle. (*Radical*, 4 janvier 92.)

Tous ces faits, qu'il serait malheureusement très facile de multiplier, montrent d'une façon évidente la nécessité de procéder à l'internement des aliénés aussitôt que possible après le début. C'est le seul moyen d'éviter des accidents graves, soit pour les malades eux-mêmes, soit pour les autres citoyens. Nous ajouterons que plus l'internement est fait vite, plus il y a de chances de guérison.

UN ALIÉNÉ MORT DANS UNE ARMOIRE.

« Un suicide qui ne manque vraiment pas d'originalité vient d'être découvert dans la petite commune d'Ailleville, dit le *Petit Troyen* (26 mars). Depuis quelques années, un pauvre vigneron, Lutrat Arthur, *donnait fréquemment des signes d'aliénation mentale*. De plus, ce malheureux, persécuté sans cesse par la croyance qu'on l'accusait d'être l'auteur d'un incendie qui remonte à plus de quinze ans, s'adonnait à la boisson et était presque continuellement ivre. Torturé enfin par la terrible maladie qui le minait lentement et par toutes sortes de souvenirs fantasques et lugubres qu'elle évoquait à son esprit, Lutrat chercha un refuge dans la mort.

« Dans la nuit du 20 mars, le malheureux fou, s'étant muni de toutes les choses nécessaires à l'exécution de son funeste dessein, entra dans une armoire et s'y installa commodément, après avoir mis le feu à un réchaud placé entre ses pieds.

« Fermant ensuite les deux panneaux, il les assujettit fortement en dedans à l'aide de ficelles et de clous. De nombreuses fissures laissaient passer l'air et une partie du gaz acide carbonique aurait pu se perdre, Lutrat trouva le moyen d'y remédier en calfeutrant les issues avec des chiffons et du papier. Toutes les mesures pour assurer son sinistre projet, le malheureux les avait prises et il s'était ensuite recroquevillé sur lui-même, attendant la mort.

« Le lendemain matin, le jeune Calle Albert, inquiet de ne pas voir sortir son patron, un sinistre pressentiment lui vint. Il le chercha partout, mais vainement. L'idée lui étant venue plus tard de forcer l'armoire, il exerça une forte pesée sur les portes et recula terrifié. Il avait aperçu Lutrat ayant cessé de vivre et déjà rigide. La nouvelle fut bientôt répandue et la gendarmerie appelée vint faire son enquête. » (*Petit Troyen*, 26 mars.)

Dans beaucoup de départements, les préfets ne veulent signer l'admission des aliénés, que lorsqu'ils sont déclarés dangereux pour la sécurité publique. Ils attendent souvent qu'il y ait un accident. Au lieu de donner les places dont ils disposent dans l'asile de leur département aux aliénés de ce département, pour lesquels il faut payer; ils préfèrent réserver des places aux aliénés des autres départements, en particulier de la Seine, dont ils tirent bénéfice. Il y aurait tout intérêt de la part du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques en France, M. Monod, à leur apprendre quels sont leurs devoirs en fait d'Assistance.

Assistance des épileptiques.

Nous avons raconté, dans un de nos précédents numéros, dit le *Petit Provençal* du 25 mars, et sous ce titre : *A la Porte de nos Hôpitaux*, qu'un certain Gonzalès aurait été refusé à la Conception et à l'Hôtel-Dieu. La commission des hospices nous informe que cet individu, sans profession, âgé de dix-neuf ans, espagnol d'origine, a été admis, à quatre reprises différentes, à l'Hôtel-Dieu, et deux fois à la Conception. Si on lui a refusé un lit tout récemment, c'est que les lits vacants avaient été donnés à des malades plus graves que lui ; d'autre part, ce malade, atteint d'épilepsie, est un danger pour les autres malades et compromet la sécurité des salles. Néanmoins, Gonzalès se trouve actuellement à l'Hôtel-Dieu jusqu'à ce que le médecin traitant signe son exeat. Nous regrettons, avec la commission des hospices, que les malheureux de ce genre ne puissent trouver des secours permanents dans un asile spécial. Nous espérons que la question des épileptiques dans les hôpitaux sera bientôt résolue dans un sens qui donne satisfaction à l'humanité.

— A une des dernières sessions des Assises des Bouches-du-Rhône, comparaissait le nommé Truphème Paul, inculpé de vol qualifié. A la suite d'un rapport de médecin qui concluait à l'irresponsabilité, cet individu fut acquitté. Il était en proie à des attaques d'épilepsie qui, d'après les hommes de l'art, avaient très sérieusement oblitéré ses facultés mentales. A peine acquitté, il recommence à voler. Arrêté, il comparaissait devant notre tribunal correctionnel, qui l'acquitta. Interné à l'asile des aliénés, il parvint à s'évader, et vole encore.

Hier, il était amené de nouveau devant les juges correctionnels qui, en vertu des précédents, furent obligés de l'acquitter, bien défendu qu'il a été d'ailleurs par M. Weyl. Comme les deux premières fois, il a eu une terrible attaque qui a nécessité son transport en cellule. Ce n'est pas tout. Truphème a commis antérieurement trois autres vols pour lesquels il sera jugé de nouveau, et, détail curieux, parmi les volés figure un des membres du jury qui l'acquittèrent aux Assises. (*Petit Provençal*, 25 mars.)

Répartition du Service médical des Asiles publics d'aliénés de la Seine pour l'année 1892.

(*Médecins en chefs. — Médecins adjoints. — Internes.*)

1° Infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police. — Service de M. Garnier. Int. : MM. Lucas et Vigouroux.

2e Asile clinique (Sainte-Anne). — Service de M. Magnan (admission). Int. : MM. Pécharman et Targowla. — Service de M. le prof. Ball (clinique). — Chef de clinique : M. Pactet. Chef de clin. adj., M. Sollier. Int. : M. Boëteau. — Service de M. Dubuisson. Int. : M. Pribat. — Service de M. Boucheréau. Int. : MM. Toulouse et Lefèvre. — Service hydrothérapique externe. — Méd.-adj., M. Dagonet. — Laboratoire de la clinique. — Chef, M. Klippel. Aides : MM. Boëteau et Champion.

3e Asile de Villejuif. — Service de M. Briand. Méd-adj., M. Sérieux. Int. : MM. Boissier et Lachaux.—Service de M. Vallon. Méd.-adj., M. Rouillard. Int. : MM. Hannion et Lefilliâtre.

4e Asile de Vaucluse. — *Service des femmes*, médecin en chef, M. Boudrie. Int. : M. Laroussinie. — *Service des hommes*, médecin en chef M. Keraval. Int., M. Croustel. — *Service de la colonie d'enfants idiots*, M. Blin. Int. : M. Maupâté.

5e Asile de Ville-Evrard.— Service de M. Marandon de Monthyel. Int. : MM. Escat et Lavergne.. — Service de M. Legrain. Interne, M. Desfosse. — Service de M. Febvre. Int. : M. Moundlic.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — Disjonction des fonctions de directeur et de médecin en chef à l'asile public de Vaucluse. Suppression des emplois de médecins-adjoints. Création d'un emploi de directeur et de trois emplois de médecins en chef. (Arrêté du 24 février 1892.) — Sont nommés médecins en chef : le Dr Boudrie, qui remplissait les fonctions de directeur-médecin, maintenu à la 2e classe, et le Dr Keraval, précédemment médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, maintenu à la 3e classe. — Le Dr Ramadier, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, emploi supprimé, est nommé directeur-médecin de l'asile public de Rodez (Aveyron), en remplacement du Dr Campan, décédé, et compris dans la 3e classe. (Arrêté du 24 février.) — Le Dr Pactet, chef de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne (1er novembre 1891), est nommé médecin-adjoint et compris dans la 2e classe. (Arrêté du 26 fevrier.) — M. Baudard, ancien directeur de l'institution nationale des sourds-muets de Chambéry, est nommé à l'emploi de directeur de l'asile de Vaucluse créé par l'arrêté du 24 février, et compris dans la 2e classe. (Arrêté du 26 mars.) — Le Dr Legrain,

médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, emploi supprimé, est nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, en remplacement du Dr Keraval, et compris dans la 3e classe. (Arrêté du 28 mars.)

Congrès international d'anthropologie criminelle en 1892. — La troisième session du Congrès international d'anthropologie criminelle aura lieu à Bruxelles du 28 août au 3 septembre 1892.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le Dr Karl Mueli, privat-docent de psychiatrie et de neurologie, est nommé professeur extraordinaire.

Une statue a Duchenne (de Boulogne). — Le Conseil municipal de Paris a voté, sur la demande de M. le Dr Joffroy, une subvention de 100 fr., en vue de l'érection, à la Salpêtrière, d'un monument au Dr Duchenne (de Boulogne).

Institut municipal d'Electrothérapie. — MM. Dubois et Vaillant avaient déposé sur le bureau du Conseil municipal, dans la séance du 22 mars, un projet tendant à organiser, à Paris, un institut municipal d'électrothérapie pour le traitement des malades et l'enseignement de l'électrothérapie. Ils ont fait connaître depuis les raisons qui militent en faveur de leur projet : c'est l'insuffisance matérielle du service d'électrothérapie de la Salpêtrière, qui y fonctionne pour tous les hôpitaux. Le local est, d'après eux, trop exigu, les instruments sont altérés par l'humidité, les formalités pour l'admission des malades sont compliquées et tracassières, les deux élèves qui sont attachés au service ne peuvent pas suffire à exécuter des traitements qui dépassent parfois 300 par séance. Les auteurs de la proposition estiment, en outre, que le chef du service devrait avoir l'obligation de faire des cours ou des conférences. Aux termes, en effet, des règlements actuellement en vigueur, le maître n'a, strictement, ni le droit de recevoir un malade ni celui de faire une leçon. L'initiation des nombreux médecins français et étrangers à l'électrothérapie constitue donc, à la Salpêtrière, une infraction au règlement. Il convient, d'après MM. Vaillant et Dubois, de faire cesser cette bizarrerie et de doter une science, fondée il y a quarante ans par Duchenne (de Boulogne) et, par conséquent, essentiellement française, d'un Institut digne de son importance et des promesses qu'elle contient en germe. La proposition a du bon, mais quelques-uns des motifs sur lesquels elle s'appuie montre que ses auteurs ne connaissent pas très bien le service de la Salpêtrière.

Séance de magnétisne interdite. — Du *Figaro* (6 avril 1892) :

Grand émoi chez les adeptes du magnétisme! La réunion mensuelle de la Société mesmérienne a été interdite hier soir par la préfecture. Cette réunion se tient d'ordinaire dans l'atelier d'un

sculpteur connu, rue d'Amsterdam. Lundi soir, pour la première fois, les sociétaires étaient convoqués dans la salle du petit théâtre de la rue Vivienne, faute de place dans l'atelier hospitalier pour contenir tous les adhérents dont le nombre augmente de mois en mois. Le commissaire de police, dûment prévenu, n'avait pas refusé son autorisation, mais quand la séance fut ouverte, il donna lecture d'un arrêté du préfet de police interdisant aux assistants toute expérience de magnétisme « vraie ou simulée ».

Un guérisseur. — Nous lisons sous ce titre dans l'*Eclair* du 31 mars:

Le Havre, 29 mars.— Après deux audiences, le tribunal correctionnel a prononcé son jugement dans l'affaire du cordonnier havrais Philippe Bloche, devenu célèbre dans la région par les guérisons soi-disant miraculeuses qu'il opérait. Il prétendait voir dans l'intérieur du corps humain comme s'il eût été en verre; ses mains, disait-il, étaient attirées par une force invincible vers la partie malade et ses attouchements étaient souverains. Plusieurs témoins ont déclaré au tribunal avoir été réellement guéris. Une demoiselle Wolff, entre autres, atteinte de paralysie, raconte qu'après avoir été soignée sans succès par le docteur Charcot, elle est venue au Havre consulter Bloche et qu'elle est aujourd'hui complètement guérie. Le tribunal a condanné Bloche à 10 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

Ce n'est pas cela qui empêchera Mlle Wolff de croire que son cordonnier est beaucoup plus fort que M. Charcot.

Consultations électriques gratuites. — M. N... fils, rhabilleur à V... (Isère), prévient le public que son cabinet est ouvert tous les dimanches, mercredis et vendredis. Il guérit aussi en quelques minutes et sans rechute toutes sortes de névralgies et maux de tête par son fluide électrique. Consultations et renseignements gratuits. — Commentaires inutiles.

Drame de la folie.— Lyon, 18 mars. — M. Porteret, âgé de trente-deux ans, docteur en médecine, ancien chef de clinique ophtalmologique, habitant Lyon, rue Saint-Joseph, avec sa femme, qu'il avait épousée il y a deux ans à Saint-Etienne, était malade depuis quelque temps. Il s'adonnait à la morphine, dont il absorbait de fortes doses ainsi que des narcotiques violents. Son état s'était beaucoup aggravé depuis quelques jours. Il était très surexcité et avait des hallucinations. Hier il se donna trente injections de chlorhydrate de morphine. Il prit aussi de la cocaïne. Il était très surexcité et, en rentrant chez lui, à sept heures, il eut une discussion avec sa femme. A une heure du matin, il en eut une nouvelle plus violente, à la suite de laquelle il tira sur elle trois coups de revolver. Une balle lui traversa le cœur. La mort fut instantanée.

M. Porteret tourna alors l'arme contre lui et se tira une balle à la tempe droite. Le malheureux a été transporté à l'Hôtel-Dieu dans un état désespéré. (*L'Eclair.*)

Un enfant assassin. — On mande de Saint-Etienne, 24 mars : Un meurtre a été commis ce matin, dans le quartier Saint-François, à Saint-Etienne. Deux enfants de quatorze ans, les nommés Faure et Gagnière, qui se rendaient à leur travail, se sont pris de querelle dans un petit chemin désert et en sont venus aux mains.

Au cours de la rixe, Gagnière a tiré son couteau de sa poche et en a porté deux coups dans le flanc gauche de Faure qui a pu faire encore quelques pas et s'est affaissé en criant : « Au secours ! » Le pauvre enfant a été transporté mourant à l'hôpital. Son meurtrier a pris la fuite. La police est à sa recherche. (*Petit Toyen*, 26 mars.)

Un fou qui assassine son gardien. — Un véritable drame s'est déroulé hier à l'hospice des aliénés de Tours. Un fou avait prié un gardien de lui dégager un bras. Aussitôt libre, l'aliéné se précipita sur son gardien, le saisit au cou et le jeta contre un arbre. Quand on vint au secours du gardien, il était mort. Les autorités prévenues ont ordonné l'autopsie du cadavre. (*Le Paris*, 31 mars.)

Le comble du reportage. — Du *Figaro* : Un de nos confrères de New-York, attaché à l'*Evening Telegram*, voulant se rendre compte des procédés policiers et médicaux employés à l'égard des victimes d'accidents, feignit de se trouver mal dans la rue. On le transporte à l'hôpital, où une véritable torture commence. Les médecins, diagnostiquant à vue de nez un cas d'hypnotisme hystérique, pincent, giflent, le malheureux, lui enfoncent de longues aiguilles dans les chairs, lui brûlent même la plante des pieds. L'héroïque patient supporte tout et, une fois sorti des mains de ses tortionnaires seulement, proteste contre le corps médical, en demandant « qu'on n'expédie plus que des morts aux hôpitaux new-yorkais »

Veuves de médecins. — Le Ministre des finances vient de communiquer à la Commission du budget, suivant l'usage annuel, la liste des bureaux de tabac concédés durant l'année 1891. Ces bureaux sont donnés, sauf deux ou trois hommes, à des femmes, veuves ou filles de fonctionnaires civils ou militaires. Nous relevons dans cette liste le nom suivant : Mme Ricordeau, veuve d'un médecin tué par un aliéné. (*Progr. méd.*)

Un cas singulier. — Un artiste peintre, M. D..., rentrait avant-hier soir à son domicile, boulevard Richard-Lenoir. Il s'étonna de ne pas voir à sa rencontre venir sa femme, comme de coutume. Il pénétra dans la chambre à coucher; il la trouva étendue à terre, à demi déshabillée, évanouie. Les meubles étaient bouleversés, l'armoire à glace forcée, le linge, sur le sol, épars; une importante

somme d'agent manquait. Le peintre se porta au secours de sa femme et appela à l'aide. Les voisins accoururent ; on donna des soins à Mme D..., qui fit le récit de ce qui s'était passé.

— Je m'étais couchée dans la journée, me sentant indisposée — Mme D... est enceinte de six mois — Vers quatre heures, j'entendis ma porte s'entre-bâiller doucement. J'ouvris les yeux. Deux hommes entraient : un grand et un petit. Le grand, me voyant éveillée, jura ; l'autre bondit sur moi, me serra à la gorge, puis m'étouffa en quelque sorte avec l'oreiller. Je m'évanouis. C'est alors qu'ils durent me poser à terre et voler.

M. D... courut chercher le commissaire de police, à qui Mme D... refit la même déclaration, précisant les faits, donnant un signalement minutieux des deux agresseurs. Les voisins, le concierge n'avaient rien vu ni rien entendu. L'enquête dura jusqu'à deux heures du matin sans résultat. De guerre lasse, on se coucha.

M. D... dormait depuis quelques instants, lorsqu'il fut réveillé par sa femme qui, endormie, elle aussi, disait :

— Regarde dans le tiroir, là, à droite. L'argent y est.

M. D... se leva et regarda. En effet, la somme d'argent était là, intacte. Plus de doute, cette histoire d'agression, de voleurs, n'était que le résultat d'un accès de somnambulisme. C'était Mme D... qui avait bouleversé ses meubles, fracturé les serrures et caché l'argent. On avait prévenu à tort M. Goron : l'affaire était du ressort de M. Charcot. (*L'Éclair*, 19 mars 1892.)

Ce cas n'est évidemment pas très clair, et aurait besoin de quelques éclaircissements. Mais, tel qu'il est, il peut se rapprocher du cas d'une jeune fille qui se trouvait en 1890 dans le service de M. le professeur Charcot. Pendant des crises somnambuliques nocturnes (hystériques, épileptiques ou noctambuliques simples ! — on n'a jamais pu savoir), elle allait prendre dans la maison de son père, jusque dans les poches du pantalon de celui-ci, tout l'argent qu'elle pouvait trouver, et le cachait. Le lendemain, il lui était impossible, à elle comme aux autres, de retrouver la mystérieuse cachette. Elle avait ainsi en quelque temps fait disparaître une somme de 300 fr. (et ses parents étaient de simples ouvriers !). Pendant le séjour d'un mois environ qu'elle fit à la Salpêtrière, on essaya, mais en vain, de l'hypnotiser. On employa alors la suggestion à l'état de veille, mais sans connaître le résultat obtenu, car la malade, une fois sortie de l'hôpital, ne revint plus donner de ses nouvelles. Pendant le temps de son séjour, les crises de somnambulisme ne s'étaient pas produites une seule fois.

Nécrologie. — M. le Dr Campan, médecin de l'asile d'aliénés de Rodez. — M. le Dr James Ross, professeur adjoint de médecine à Otten's College, Manchester.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CHARCOT (J.-M.). — *Leçons du mardi à la Salpêtrière.* Notes de cours de MM. BLIN, CHARCOT et COLIN, *Seconde* édition, 1 vol. in-4° de 502 pages avec 101 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, 1892. — Aux bureaux du *Progrès médical.* Pour les abonnés des *Archives*, 16 fr.

CHARCOT (J.-M.). — *Clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière.* Leçons du professeur, mémoires, notes et observations des années scolaires 1889-90 et 1890-91, publiés sous la direction de Georges GUINON, chef de clinique, avec la collaboration de MM. GILLES DE LA TOURETTE, BLOCQ, HUET, PARMENTIER, SOUQUES, HALLION, J.-B. CHARCOT et MEIGE. Tome I^er^. — Un beau volume de 468 pages avec 47 figures et 3 planches. — Prix : 12 fr. — Aux bureaux du *Progrès médical.* Pour les abonnés des *Archives*, 8 fr.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie l'hystérie et l'idiotie*, compte-rendu du service des enfants idiots épileptiques et arrivés de Bicêtre pendant l'année 1890, avec la collaboration de MM. CAMESCASSE, ISCH-WALL, MORAX, RAOULT, SÉGLAS et SOLLIER, 1 fort volume de LX-240 pages avec 16 figures et 10 planches. — Prix : 6 fr.; pour nos abonnés, prix : 4 fr.

SOURY (J.). — *Des fonctions du cerveau* (doctrines de l'école italienne et de l'école de Strasbourg), 2^e^ édition, revue et corrigée. — 1 volume in-8° de 464 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 8 fr.; pour nos abonnés : 6 fr.

DUCHESNEAU (G.). — *Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie et en particulier d'une forme amyotrophique de cette maladie.* Volume in-8° de 208 pages, avec figures. — Prix : 5 fr. — Paris, 1892. — J.-B. Baillière et fils.

GAJKIEWICZ (W.). — *Syphilis du système nerveux.* Volume in-8° de 210 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, 1892. — J.-B. Baillière et fils.

VOULGRE (A.). — *De l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie.* Brochure in-8° de 75 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1892. — J.-B. Baillière et fils.

CRESPIN (J.). — *Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses.* Brochure in-8° de 87 pages. — Lyon, 1891. — Imprimerie Pitrat.

DEBIERRE (Ch.) et DOUMER (E.). — *Album des centres nerveux.* Brochure in-12 oblong de 24 pages, avec 46 figures. — Prix de l'album : 1 fr. 50. — Prix des photographies avec l'album : 20 fr. — Paris, 1892. — Librairie F. Alcan.

GRASSET. — *Un cas de maladie de Morvan.* Leçons recueillies par GUIBERT (H.). Brochure in-8° de 26 pages, avec 3 planches hors texte. — Paris, 1892. — Librairie G. Chanoh.

GRASSET. — *Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie.* Leçons recueillies par JEANNEL (S.). — Brochure in-8° de 88 pages. — Paris, 1892. — Librairie G. Chanon.

KRAUSS. — *Polio-myelitis acuta adultorum.* Brochure in-8° de 4 pages. — New-York, 1892. — *Journal of nervous and mental disease.*

KRAUSS. — *Rhus aromatica in the treatment of incontinence of urine.* Brochure in-8° de 4 pages. — New-York, 1892. — *Journal of nervous and mental disease.*

KRAUSS. — *A neuro-topographical bust.* Brochure in-8° de 3 pages. — New-York, 1892. — *Journal of nervous and mental disease.*

LEFORT (A.). — *Le type criminel d'après les savants et les artistes.* Volume in-8° de 96 pages, avec 20 planches hors texte. — Lyon, 1892. — A. Storck.

OLIVER (Ch.-A.). — *Analysis of the sensory changes and conditions of the ocular apparatus as found in imbecility epilepsy, and general paralysis of the insane.* Brochure in-8° de 12 pages. — Chicago, 1891. — *Printed at the office of the association.*

ROSCIOLI (R.). — *La paralisi progressiva nell'Italia meridionale. Studio clinico e statistico.* Brochure in-8° de 42 pages. — Nocera-Inferiore, 1891. — *Tipografia del Manicomio.*

SANNA-SALARIS. — *Valore terapeutico dell'idroclorato d'ioscina nelle malattie mentali.* Brochure in-8° de 45 pages. — Torino, 1891. — *Tipografia Spandre a Lazzari.*

SÉGLAS (J.). — *De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante.* Brochure in-8° de 12 pages. — Paris, 1892. — *Extrait des Annales médico-psychologiques.*

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES.

ADDISON (maladie d'), par Kahlden, 249.

AFFAIRE DOURCHES, 278.

ALBUMINURIE POST-PAROXYSTIQUE chez les épileptiques, par J. Voisin et Péron, 353.

ALIÉNATION, AIGUE ET PARANOÏA, par Rosenbach, 114 ; — chez les gens de couleur aux Etats-Unis, 276.

ALIÉNÉS, révision de la loi sur les —, par Garnier, 121 ; — enlèvement d' —, 131; assistance des —, 134, 451 ; — transfert d' —, 135; — homicide, par Camuset, 157, 370; par Savage, 220; — difficulté du diagnostic chez les —, par Raw, 220; — société de patronage des —, 262 ; — service des — de la Seine, 269; — législation des — dans l'Etat de New-York, 272 ; — législation anglaise sur les —, par Schmitz, 421 ; — assistance familiale des —, par Wahrendorf, 426; — les — en liberté, 452.

ANESTHÉSIE HYSTÉRIQUE, par Janet, 323.

ANOMALIE CRANIENNE, par Zander, 437.

ANTIFÉBRINE, par Mickle, 234.

ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE, par Lombroso, 112.

APHASIE, théorie de l' —, par Cramer, 94 ; — motrice et sensorielle, par Lacroix, 110.

ASILES D'ALIÉNÉS, de Kreuzbourg, par Dornblueth, 119; — en France, par Timoféeff, 128; — nominations et promotions dans les —, 135, 284, 456 ; — internat des —, 136; — du Caire, 275; — de New-York, 275 ; — distraction dans les —, 451.

ASTASIE-ABASIE, à type choréique, par Weill, 88 ; — dans la maladie de Basedow, par Eulenburg, 104.

ATAXIE HÉRÉDITAIRE et atrophie cérébelleuse, par Menzel, 95.

ATHÉTOSE SPASMODIQUE, par Scheiber, 100.

ATROPHIE MUSCULAIRE, dans les foyers cérébraux, par Eisenlohr, 101 ; — par Dœnhardt, 110; — infantile progressive héréditaire, par Werding, 40 ; — précoce d'origine cérébrale, par Borgherini, 404 ; — par Alzheimer, 426.

BAINS TURCS dans les troubles mentaux, par Baker, 234.

BANQUET à M. le professeur Charcot, 444.

BASEDOW (maladie de), psychopathie dans la —, par Kurella, 439.

BIBLIOGRAPHIE : traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par Gilles de la Tourette, 123; — athétose double et chorées chroniques de l'enfance, par Audry, 125 ; — folies diathésiques, par Mabille, 126 ; — syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle, par Souques, 258 ; — psychologie de l'idiot et de l'imbécile, par P. Sollier, 259; — recueil de notes, mémoires et observations sur l'idiotie, par Bourneville, 261 ; — recherches cliniques et thérapeutiques, sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par Bourneville, 441 ; — séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses, par P. Blocq et Onanoff, 443.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE, 288, 457.

CELLULES NERVEUSES des cornes antérieures de la moelle, par Hoche, 242.

CÉRÉBROPATHIE, due à la syphilis congénitale, par Erlenmeyer, 421.

CERVEAU, foyer d'inflammation expé-

rimentale du —, par Schrader, 242 ; — fibres du troisième ventricule du —, par Darkschewitsch, 256 ; — capillaires lymphatiques du —, par Kronthal, 394; — troubles fonctionnels de l'écorce du —, par Dees, 399; —hydatides du — avec hémorrhagie cérébrale, par Dœnhardt, 405 ; — substances albuminoïdes phosphorées du —, par Danilewski, 414.

CERVELET, atrophie et hypertrophie du —, par Boursout, 96; — activité fonctionnelle du —, par Borgherini et Gallerani, 407.

CHAMP VISUEL des hystériques, par Moravcsik, 96.

CHORÉE ET FOLIE, par Cope, 225.

CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES, genèse des —, par Schnopfhagen, 402.

COLORATION de la myéline, par Weigert, 246.

COMMOTION CÉRÉBRALE, par Friedmann, 243.

CONGRÈS des neurologues et aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest, 238 ; — des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, 264 ; — des aliénistes de l'est de l'Allemagne, 434 ; — des aliénistes de Basse-Saxe et de Westphalie, 426.

CONVULSIONS, par Sainsburg, 219.

DIABÈTE SUCRÉ ET TABÈS, par G. Guinon et Souques, 48, 181.

DOULEUR, par Edinger, 250.

DYSMORPHOPHOBIE, par Morselli, 228.

ENCÉPHALE, destruction des diverses parties de l' — chez les animaux nouveau-nés, par Bechterew, 396.

ENFANTS, développement de l'intelligence chez les —, par Warner, 221.

ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE dans les maladies mentales, par Wey, 236.

EPILEPSIE, psychique, par Ottolenghi, 229; — pathogénie de l'—, par Gallerani et Lussana, 235; — bromure de potassium dans l'—, par Agostini, 235; — troubles intellectuels de l'—, par Dinter, 438.

EPILEPTIQUES, assistances des, —455.

FAITS DIVERS, 135, 456.

FOLIE, associée à des états pathologiques divers, par Rorie, 221; — consécutive aux opérations chirurgicales, par Dent, 226; — à forme rare, par Norman, 227; — à cinq, par Woods, 223; — analgésie dans la —, par Keniston, 230; — guérison de la — chronique, par Pope, 233; — alcoolique chronique, par Hahn, 435; — aiguë chez un enfant, par Wahu, 437.

GLANDE PITUITAIRE, tumeur de la —, par Whitwell, 412.

GLIOME CÉRÉBRAL, par Buchholz, 400.

HALLUCINATIONS, du souvenir dans la psychose polynévritique, par Korsakow, 107; — sensorielles dans les anomalies primitives de l'humeur, par Cramer, 118; — et obsessions, par Séglas, 123; — verbales psycho-motrices, par Séglas et Londe, 201, 386; Tigges, 423.

HÉBÉPHRÉNIE, par Kiefer, 434.

HÉMIATROPHIE FACIALE PROGRESSIVE, par Popoff, 92; Homers 93; Préoprajenski; 254; Mouratoff, 255.

HÉMIPLÉGIE BASALE, par Remak, 94; — croisée, par Lannois et Regnault, 109; — fonctionnelle, par Thomas, 246; — affections articulaires dans l'—, par Darkchewitsch, 441.

HÉMISPHÈRE, atrophie d'un — avec pachyméningite consécutive, par Plaxton, 408.

HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS, par Magnan, 304.

HYDROCÉPHALIE, ponction des ventricules dans l' —, par Illingworth, 95.

HYPERTROPHIE CONGÉNITALE, par Hoffmann, 247.

HYPNOSE, circulation cérébrale pendant l'—, par Sarlo et Borgherini, 406.

HYPNOTISME, par Lehmann, 97.

HYSTÉRIE TRAUMATIQUE, par Bonamaison, 109.

ICTUS APOPLECTIQUE, par Geigel, 97.

ILLUSIONS SUBJECTIVES, par Draper, 232.

IMBÉCILES, maladies du cerveau chez les —, par Fletcher Beach, 225.

IMPULSIONS GÉNITALES PRÉCOCES, 266.

INFLUENZA ET ALIÉNATION, par Schmiz, 119.

INHIBITION CARDIO-RESPIRATOIRE, par Tamastia, 407.

Langue, névrose peu commune de la —, par Bernhardt, 100.
Larynx, nerf du —, par Kagan, 440.

Maladies mentales, dans les maisons de correction, par Kuelin, 119.
Médecins adjoints des asiles, 127; — concours des —, 132.
Mérycisme, par Roller, 433.
Moelle, troubles trophiques dans les maladies de la —, par Jolly, 240.
Monoplégie hystérique, par Determann, 98.
Morphinomanie, traitement de la, — par Playfair, 235.
Mouvements musculaires chez l'homme, par Warner, 403.
Myoclonie, par Bouveret et Curtillet, 109.
Myxœdème, par Krepelin, 94; — et sa folie, par Mackenzie, 217.

Nécrologie, 287.
Nerfs, vaisseaux sanguins des —, par Quénu et Lejars, 1.
Neurasthénie, par Kowalewski, 111.
Névrite, troubles trophiques des ongles dans la — multi-loculaire, par Bieechowsky, 105; — périphérique consécutive à l'influenza, par Brosset, 108.
Névroses traumatiques, par Schultze, 238; — troubles trophiques de la peau dans la —, par Krieger, 399; Freund, 434.

Obsessions et hallucinations, par Séglas, 123.
Œdème hystérique, par Bertillon, 113.
Œsophage, corps étranger de l' —, par Courtenay, 224; Buttemberg, 438.
Optique, atrophie du nerf —, par Wiglesworth, 219.

Paraldéhyde, comme hypnotique, par Finucane, 233.
Paralysie, du long fléchisseur du pouce, par Bruns, 94; — du trijumeau, de l'oculo-moteur externe et du facial, par Bernhardt, 99; — du sus-scapulaire gauche, par Sperling, 99; — anatomie pathologique de la — faciale, par Minkowski, 241; — *spinale spastique*, Egorow, 254; — *saturnine*, par Préobrajenski, 256; — *prodromique* dans le ramollissement cérébral, par Löwenfeld, 104; — *générale* à début très précoce, par Charcot et Dutil, 145; — urine et température dans la —, par Turner, 223; — histologie pathologique de la —, par Pick, 394; — dégénérescence des capillaires dans la —, par Kronthal, 395; — anatomie pathologique de la —, par Meyer, 397; — symptômes des lésions en foyer dans la —, par Lissauer, 436.
Paraplégie sénile, par Gowers, 101.
Paranoïa, cerveau d'un fou atteint de —, par Feist, 396; Kalhbaum, 434.
Parkinson (maladie de), paralysie dans la —, par Noncorgé, 108.
Parole, embarras de la —, par Sainsburg, 225.
Pédoncule, fibres du —, par Zacher, 401.
Persécutés, idées de grandeur chez les —, par Christian, 35; — sortie des aliénés —, par Sollier, 419.
Phalangettes des doigts (gonflement des), par Rosenbach, 100.
Pie-mère, altérations de la —, chez les aliénés, par Del Greco, 413.
Prix de l'Académie de Belgique, 285; — de la Société médico-psychologique, 237.
Psychique, activité —, inconsciente en pathologie mentale, par Sarlo, 231.
Pyramides, chez l'homme et les animaux, par Bechterew, 397.

Raynaud (maladies de), par Raw, 219; Macpherson, 222 —
Réflexes, exagérés par la quinine, par Erlenmeyer, 112.
Rétine, embolie de l'artère centrale de la — par Manz, 251.

Sensibilité, troubles de la — dans les foyers cérébraux, par Darkschewitsch, 105; — dans la sclérose en plaques, par Freund, 106.
Sexuelle, inversion, par Roller, 433.
Société médico-psychologique, 121, 237; — psychiâtrique de la province du Rhin, 421; — des médecins aliénistes et neurologistes de Moscou, 253.

SOMMEIL HYSTÉRIQUE, par Steiner, 239.
SOMNAMBULISME spontané et hystérie, par Mesnet, 289.
STUPEUR, par Whitwell, 220; Turner, 222.
SUICIDE, chez un paralytique général, par Rouillard; — par Urquhart, 221.
SULFONAL, par Watson, 234.
SULFONALISME, par Gilbert, 252.
SURDITÉ VERBALE, par Bruns, 432.
SYRINGOMYÉLIE, par Rosenbach et Schttscherbach, 100.
SYSTÈME NERVEUX, modalité morbide familiale du —, par Nonne, 106.

TABES et diabète sucré, par G. Guinon et Souques, 48, 181; — le — est-il systématique, par Flechsig, 101; — avec méningite cérébro-spinale syphilitiqüe, par Sydney Kuh, 103; — étiologie du —, par Bernhardt, 105; — anatomie pathologique du —, par Eisenlohr, 253.
TÉTANIE. par Hoffmann, 248; — par Tschernitcheff et Minor, 253.
TOUX ET BRUITS LARYNGÉS des hystériques, par Charcot, 69.
TUMEURS CÉRÉBRALES, par Oppenheim, 98; — troubles de l'innervation de l'œsophage dus à une —, par Neumann, 405; — sans symptôme, par Burr, 406.

VARIA, 445.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.

Agostini, 235.
Alzheimer, 426.
Audry, 125.

Baker, 234.
Bechterew, 396, 397.
Berdardini, 406.
Bernhardt, 99, 100, 105.
Bertillon, 113.
Bilchowsky, 105.
Blin, 97, 118, 231, 233, 236, 272, 274, 275, 406.
Blocq, 443.
Bonamaison, 109.
Borgherini, 404, 407.
Bourneville, 134, 135, 261, 269, 441.
Boursout, 96.
Bouveret, 109.
Briand, 96, 122, 123, 237, 418, 421.
Brosset, 108.
Bruns, 94, 432.
Buchholz, 400.
Burr, 406.
Buttemberg, 438.

Camuset, 157, 370.
Charcot, 69, 145.
Christian, 35.
Cope, 275.
Courtenay, 224.
Cramer, 94, 118.
Cullerre, 126.
Curtillet, 109.

Danilewski, 414.
Darkschevitsch, 105, 256, 441.
Dees, 399.
Deny, 108, 109, 110.
Dent, 226.
Determann, 98.
Dinter, 438.
Dœhnhardt, 110, 405.
Dornblueth, 119.
Draper, 232.
Dutil, 145.

Edinger, 250.
Egorow, 254.
Eisenlohr, 101, 253.
Erlenmeyer, 112, 421.
Eulenbourg, 104.

Feist, 396.
Finucane, 233.
Flechsig, 101.
Fletcher-Beach, 225.
Friedmann, 243.
Freund, 106, 434.

Gallerani, 235, 407.
Garnier, 121.
Geigel, 97.
Gilbert, 252.
Gilles de la Tourette, 123.
Gowers, 101.
Greco (del), 413.
Guinon (G.), 48, 124, 181, 259, 260, 261.

Hahn, 435, 437.
Hoche, 242.
Hoffmann, 247, 248.
Homers, 93.

Illingworth, 95.

Janet, 323.
Jolly, 240.

Kagan, 440.
Kahlbaum, 434.
Kahlden, 249.
Keniston, 230.

Kéraval, 94 à 108, 111, 112, 118 à 121, 253, 258, 277, 394 à 404, 426, 433, 440, 443.
Kiefer, 434.
Korsakow, 107.
Kowalewski, 111.
Krieger, 399.
Krœpelin, 94.
Kronthal, 394, 395.
Kuehn, 119.
Kurella, 439.

Lacroix, 110.
Lallemant, 126.
Lannois, 109.
Lehmann, 97.
Lejars, 1.
Lissauer, 436,
Lombroso, 112.
Londe, 201, 386.
Lowenfeld, 104.
Lussana, 235.

Mabille, 126.
Mackenzie, 217.
Mackpherson, 222.
Magnan, 304.
Manz, 251.
Menzel, 95.
Mesnet, 289.
Meyer, 397.
Mickle, 234.
Minkowski, 241.
Minor, 253.
Moncorgé, 108.
Moravcsik, 96.
Morselli, 227.
Mouratoff, 255.
Musgrave-Clay, 219 à 227, 233, 234, 235, 270, 271, 272, 275, 409, 412, 413.

Neumann, 119, 405.
Nonne, 106.
Norman, 227.

Onanoff, 443.
Oppenheim, 98.
Ottolenghi, 229.
Oumikoff, 414.

Péron, 353.
Pick, 394.
Plaæton, 408.
Playfair, 235.
Pope, 233.
Popoff, 92.
Préobrajenski, 254, 256.

Raw, 219, 220.
Regnault, 109.
Remak, 94.
Roller, 433.
Rorie, 221.
Rosenbach, 100, 114.
Roubinovitch, 92, 131, 278.
Rouillard, 122.

Sainsburg, 219, 225.
Sarlo, 231, 406.
Savage, 220.
Scheiber, 100.
Schmiz, 119, 421.
Schnopfhagen, 402.
Schrader, 242.
Schttscherbach, 100.
Schultze, 238.
Séglas, 123, 201, 228, 230, 232, 235, 236, 386, 406, 407, 408.
Siemerling, 111.
Sollier, 125, 259, 419.
Souques, 48, 181, 258.
Sperling, 99.
Steiner, 239.
Sydney Kuh, 103.

Tamastia, 407.
Thomas, 246.
Tigges, 423.
Timoféeff, 128.
Tschernitcheff, 253.
Turner, 222.

Urquhart, 221.

Voisin (J.). 353.
Warendorf, 426.
Warner, 221, 409.
Watson, 234.
Weigert, 246.
Weill, 88.
Werding, 401.
Wey, 236.
Whitwell, 219.
Woods, 223.

Zacher, 401.
Zander, 437.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 502.

DATE DUE SLIP

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

2m-8,'21

v.23 Archives de neurologie.
1892 9004

9004

Library of the
University of California Medical School and Hospitals